

SANTE OPTIMALE Tableau des garanties

Les garanties du contrat SANTÉ OPTIMALE décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Frais réels », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés.

	Niveau ECO	Niveau 100	Niveau 125	Niveau 150	Niveau 200	Niveau 250	Niveau 300
HOSPITALISATION médicale, chirurgicale, à domicile, maternité, établissements et unités spécialisées							
Frais de séjour :							
- en secteur conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- en secteur non conventionné	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Honoraires :							
- Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
- Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100%	100%	105%	130%	180%	200%	200%
Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné (par jour) ⁽¹⁾ y compris ambulatoire	20 €	20 €	20 €	30 €	60 €	70 €	80 €
Forfait journalier hospitalier - durée illimitée	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SOINS COURANTS							
Honoraires médicaux (pris en charge par le régime de base) Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie pris en charge par le régime de base							
- Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
- Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100%	100%	105%	130%	180%	200%	200%
Consultations et visites psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (pris en charge par le régime de base)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Psychologue conventionné pris en charge par le régime de base (dispositif «Mon Parcours Psy») dans la limite de 12 séances/an et par assuré	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux (pris en charge par le régime de base)	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Analyses et examens de laboratoire (pris en charge par le régime de base)	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Transport (pris en charge par le régime de base)	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Médicaments (pris en charge par le régime de base)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de prévention (pris en charge par le régime de base)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical (pris en charge par le régime de base)	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Soins inopinés à l'étranger (pris en charge par le régime de base)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médecine complémentaire Acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, psychologue, psychomotricien-ergologue, sophrologue, hypnothérapeute, pédicure-podologue, diététicien, homéopathe, tabacologue		20 € par séance (2 séances /an, et par bénéficiaire)	20 € par séance	25 € par séance	30 € par séance	35 € par séance	40 € par séance
			(dans la limite de 3 séances par année d'adhésion et par bénéficiaire)				
Médicaments et vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base et automédication (médicaments dont homéopathie, et spécialités d'huiles essentielles, de phytothérapie, de gemmothérapie, achetés en officine) Par année d'adhésion et par bénéficiaire		15 €	20 €	20 €	20 €	25 €	25 €
Cure thermique :							
Honoraires et traitements remboursés par la Sécurité sociale				100%	150%	150%	200%
Frais de transport et d'hébergement - Par année d'adhésion et par bénéficiaire				100 €	150 €	200 €	200 €
OPTIQUE							
Équipement (1 monture + 2 verres) de classe A, B ou mixtes ⁽⁷⁾ dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (tous les ans)							
Équipement du panier 100% Santé Verres et Montures de Classe A ⁽⁸⁾⁽⁹⁾ Suppléments et prestations	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestations hors équipement du panier 100% santé : verres et montures de classe b ⁽¹⁰⁾							
Équipements à verres simples ⁽¹¹⁾	100%	100 €	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement à Verres complexes ⁽¹²⁾⁺	100%	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Équipement à Verres très complexes ⁽¹³⁾	100%	200 €	275 €	325 €	450 €	575 €	700 €
Équipement à Verre simple + Verre complexe	100%	150 €	200 €	225 €	300 €	375 €	450 €
Équipement à Verre simple + Verre très complexe	100%	150 €	200 €	238 €	325 €	413 €	500 €
Équipement à Verre complexe + Verre très complexe	100%	200 €	250 €	313 €	425 €	538 €	650 €
Suppléments et prestations	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le régime de base, y compris lentilles jetables (par année d'adhésion)	50€	50 €	90 €	120 €	200 €	250 €	300 €
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie) (remboursement par œil) ⁽¹⁴⁾	50€	100 €	125 €	150 €	200 €	250 €	300 €

	Niveau ECO	Niveau 100	Niveau 125	Niveau 150	Niveau 200	Niveau 250	Niveau 300
AIDES AUDITIVES ⁽⁴⁾							
Équipements du panier 100% Santé ^{*(5)} Prothèses auditives : Aide auditive de Classe I	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Équipements hors équipement du panier 100% Santé* Prothèses auditives : Aide auditive de Classe II adultes	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Équipements hors équipement du panier 100% Santé* Prothèses auditives : Aide auditive de Classe II adultes (moins de 20 ans) (forfait par oreille)	100%	100%	100% +125 €	100% +150 €	100% +200 €	100% +250 €	100% +300 €
DENTAIRE							
Soins et prothèses du panier 100% Santé ⁽⁶⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestations hors soins et prothèses du panier 100% Santé							
Soins (dont inlays, onlays, scellement des sillons) (pris en charge par le régime de base)	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Inlay-core (pris en charge par le régime de base)	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Prothèses et orthodontie (pris en charge par le régime de base)	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Prothèses, orthodontie, inlay core, parodontologie, implantologie, non pris en charge par le régime de base (par année d'adhésion)			125 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Plafond de remboursement par année d'adhésion (hors soins et hors 100% Santé) : 1 ^{ère} année						500 €	600 €
Plafond de remboursement par année d'adhésion (hors soins et hors 100% Santé) : 2 ^{ème} année et suivantes						1000 €	1200 €
ASSISTANCE							
Assistance Mondial Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation	10 consultations /an						
SERVICES							
Carte Blanche et iSanté : Tiers payant, accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé ⁽⁷⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Le tableau de garantie faisant foi pendant toute la durée de l'adhésion est strictement celui joint aux conditions particulières remises au client après acceptation et enregistrement de sa demande d'adhésion ou de sa demande d'avenant.

Réf : TG_SOPT_03/2025

2 RENFORTS CUMULABLES AU CHOIX (délai d'attente de 3 mois)

Renfort DO (Dentaire-Optique) DENTAIRE Non remboursé : 50 € par an OPTIQUE Equipement Optique (Monture + 2 verres) : 50 € Lentilles prescrites remboursées ou non, y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive : 50 € par année d'adhésion	A PARTIR DU NIVEAU 100	Renfort Hospitalisation DÉPASSEMENT D'HONORAIRES (Hospitalisation uniquement) - OPTAM / OPTAM-CO : +50% - hors OPTAM/OPTAM-CO : +20% CHAMBRE PARTICULIÈRE en cas d'hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité : +20 € par jour PRISE EN CHARGE DE LA CHAMBRE PARTICULIÈRE en soins de suite et de réadaptation, de rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence - Limité à 20 jours par an : 30 € par jour SÉJOUR ACCOMPAGNANT : 25 € par jour	TOUS NIVEAUX
--	---	--	-----------------------------------

*BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

(1) **Durée illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale ; exclue pour les soins de suite et de réadaptation, de rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence. Ne sont pas garantis les séjours dans les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés.**

(2) Tels que définis par la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

(3) Dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-12 du Code de la Santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

(4) La prise en charge d'une aide auditive de classe I et II est limitée à un équipement tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive, et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, ou à compter du 01.01.2021 dans la limite de 1 700 € par aide auditive de classe II.

(5) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

(6) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des prestations dentaires définies par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

(7) Équipement composé de verres et d'une monture appartenant à des classes différentes (classe A et classe B).

(8) Tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des équipements de classe A à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

(9) Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 €.

(10) La prise en charge de la monture de classe B au sein de l'équipement sera au maximum de 100 € (y compris renfort Dentaire / Optique).

(11) Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.

(12) Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.

(13) Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.

(14) **La consommation d'un équipement optique ou de lentilles dans l'année exclut tout remboursement au titre de la chirurgie réfractive.**

(15) Les prestations du renfort Dentaire Optique interviennent uniquement en complément des actes hors panier de soins 100% Santé.

(16) Pour les N250 et N300, le remboursement des dépassements d'honoraires pour les praticiens non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limité à 200 % BRSS.

(17) Auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.carteblanchepartners.fr>) et selon formule de garantie.

