

TABLEAU DES GARANTIES AU 1^{ER} JANVIER 2018

VOS GARANTIES*	FORMULE ESSENTIELLE (Possibilité de cumuler deux options)				FORMULE CONFORT	FORMULE CONFORT +
	Formule de base	Renfort « Soins et hospitalisation »	Renfort « Dentaire »	Renfort « Optique »		
SOINS ET PRESCRIPTIONS MÉDICALES						
Généralistes, spécialistes, radiologie pour les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	150 %			200 %	300 %
Généralistes, spécialistes, radiologie pour les médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	130 %			180 %	200 %
Auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes...)	100 %	150 %			200 %	300 %
Actes de pédicurie-podologie non remboursés par le Régime obligatoire et effectués par un pédicure-podologue assermenté					100 €/an	200 €/an
Analyses	100 %	150 %			200 %	300 %
Pharmacie • Médicaments pris en charge par le Régime obligatoire • Médicaments non pris en charge par le Régime obligatoire mais prescrits et référencés dans les pages blanches du Vidal (ex: pilule contraceptive)	100 %	100 % 80 €/an			100 % 150 €/an	100 % 200 €/an
Prothèses non dentaires • Appareillage, orthopédie • Audioprothèses acceptées par le Régime obligatoire	100 % 100 %	150 % 150 %			200 % 200 % + 150 €/an	300 % 300 % + 300 €/an
Médecines douces • Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique		80 €/an			150 €/an	200 €/an
HOSPITALISATION ET MATERNITÉ						
Transport	100 %				200 %	250 %
Honoraires et soins pour les médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	150 %			200 %	300 %
Honoraires et soins pour les médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	130 %			180 %	200 %
Frais de séjour	100 %	150 %			200 %	300 %
Forfait journalier hospitalier**	Frais réels				Frais réels	Frais réels
Chambre particulière		Maxi 40 €/jour			Maxi 60 €/jour	Maxi 75 €/jour
Lit accompagnant		Maxi 25 €/jour			Maxi 30 €/jour	Maxi 50 €/jour
CURE THERMALE (acceptée par le Régime obligatoire)						
Soins	100 %	100 % + 100 €			100 % + 200 €	200 % + 300 €
FRAIS DENTAIRES						
Soins dentaires et consultations	100 %		150 %		200 %	300 %
Prothèses dentaires acceptées par le Régime obligatoire	100 %		250 % (1000 €/an maxi)		300 % (1500 €/an maxi)	400 % (1500 €/an maxi)
Orthodontie acceptée par le Régime obligatoire	100 %		200 %		250 %	250 %
Parodontologie et implantologie					200 €/an	400 €/an

TABLEAU DES GARANTIES AU 1^{ER} JANVIER 2018 (SUITE)

VOS GARANTIES*	FORMULE ESSENTIELLE (Possibilité de cumuler deux options)				FORMULE CONFORT	FORMULE CONFORT +
	Formule de base	Renfort « Soins et hospitalisation »	Renfort « Dentaire »	Renfort « Optique »		
FRAIS OPTIQUES - Un équipement (2 verres + monture) tous les deux ans***						
Verre simple ⁽¹⁾	20 €/verre			50 €/verre	80 €/verre	100 €/verre
Verre complexe ⁽²⁾ et verre hypercomplexe ⁽³⁾	100 €/verre			125 €/verre	160 €/verre	200 €/verre
Monture ⁽⁴⁾	40 €/monture			100 €/monture	120 €/monture	150 €/monture
Lentilles acceptées ou refusées par le Régime obligatoire	50 €/an			150 €/an	200 €/an	300 €/an
Opération de la vision au laser					150 €/œil	300 €/œil

Les garanties proposées s'effectuent dans le cadre du parcours de soins coordonnés et ne prennent pas en charge les franchises médicales, la participation forfaitaire de 1 € par acte (au 1^{er} janvier 2018), la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires hors parcours de soins.

* Les prestations sont versées dans la limite des frais réels et sous déduction des remboursements du Régime obligatoire et d'autres organismes s'il y a lieu. Les prestations en pourcentage sont exprimées en pourcentage de la Base de remboursement du Régime obligatoire et incluent le remboursement du Régime obligatoire. Les prestations exprimées en euro sont en complément du remboursement du Régime obligatoire. Dans le cas des options de renforcement, les prestations sont versées dans la limite des frais réels, sous déduction des remboursements du Régime obligatoire et de ceux de BNP Paribas Protection Santé formule Essentielle.

Les assurés bénéficiant du régime local d'Alsace-Moselle ne sont pas admis à souscrire la formule Essentielle ainsi que les options de renforcement qui lui sont associées.

L'âge limite d'adhésion pour les options de renforcement associées à la formule Essentielle et pour les formules Confort et Confort + est de moins de 76 ans.

** Le Forfait journalier hospitalier est couvert sur la base de 100 % du tarif journalier fixé chaque année par le Régime obligatoire, sans limitation de durée.

*** Le délai de 24 mois court à compter de la date d'adhésion au contrat.

Pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction de la vue, un équipement peut être remboursé tous les ans. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R. 165-1 du Code de la sécurité sociale. Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne portant pas de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements peuvent être remboursés sur une période de deux ans, corrigeant chacun un des deux déficits.

(1) Verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries. Verre accepté par le Régime obligatoire.

(2) Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verre multifocal ou progressif. Verre accepté par le Régime obligatoire.

(3) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries. Verre accepté par le Régime obligatoire.

(4) Monture acceptée par le Régime obligatoire.