

	RO	Tonic 2 Senior Niveau 1 RO + RC	Tonic 2 Senior Niveau 2 RO + RC	Tonic 2 Senior Niveau 3 RO + RC	Tonic 2 Senior Niveau 4 RO + RC	Tonic 2 Senior Niveau 5 RO + RC
<small>Vos prestations comprennent celles versées par le Régime Obligatoire. Elles sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement Sécurité Sociale (BRSS), du Forfait en Vigueur exprimé par la Sécurité sociale ou en Euros. Les forfaits et plafonds exprimés en Euros par an (€/an) et les limites annuelles s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention contraire.</small>						
HOSPITALISATION, y compris en ambulatoire et maternité, hors EHPAD et MAS (1)						
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins non-DPTAM***)	80 ou 100% (2)	100% BR*	130% BR*	180% BR*	200% BR*	200% BR*
Honoraires chirurgie/ anesthésie (médecins DPTAM***)	80 ou 100% (2)	100% BR*	150% BR*	200% BR*	250% BR*	300% BR*
Frais d'accompagnant	Néant	Néant	25€/jour avec limite	30€/jour avec limite	35€/jour avec limite	35€/jour avec limite
Limite durée / nombre de jours par an et par bénéficiaire :		90 jours / an en cas de maladie (pas de couverture en psychiatrie)				
Forfait journalier hospitalier hors EHPAD et MAS	Néant	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur
Forfait patient urgences (FPU)	Néant	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur
Franchise sur les actes lourds	Néant	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur
Transports sanitaires pris en charge par le RO**	55% ou 65% (2)	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
Frais de séjour, hébergement	80 ou 100% (2)	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
Chambre particulière y compris en ambulatoire	Néant	40€/jour avec limites	50€/jour avec limites	60€/jour avec limites	70€/jour avec limites	80€/jour avec limites
Limite durée / nombre de jours par an et par bénéficiaire :	-	Limite à 90 jours en maison de repos, rééducation fonctionnelle, maison de convalescence, soins de suite et réadaptation et 60 jours pour les hospitalisations en psychiatrie.				
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins non-DPTAM***)	70%	100% BR*	105% BR*	130% BR*	180% BR*	200% BR*
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins DPTAM***)	70%	100% BR*	125% BR*	150% BR*	200% BR*	250% BR*
Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie (médecins non-DPTAM***)	70%	100% BR*	105% BR*	130% BR*	180% BR*	200% BR*
Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie (médecins DPTAM***)	70%	100% BR*	125% BR*	150% BR*	200% BR*	250% BR*
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO**	60%	100% BR*	105% BR*	130% BR*	180% BR*	200% BR*
Analyses et examens de laboratoire non pris en charge par le RO** (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	50€	100€	150€	200€
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60%	100% BR*	125% BR*	150% BR*	200% BR*	250% BR*
Médicaments prescrits et Sevrage tabagique pris en charge par le RO**	entre 15 et 65% (2)	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
Médicaments et vaccins prescrits non pris en charge par le RO* (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	20 €	50 €	70 €	90 €	110 €
Actes de prévention / consultations psychologiques (9) / Télésurveillance médicale (10)	60%, 70% ou 100% (2) (10)	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
MATÉRIEL MÉDICAL pris en charge ou non par le RO						
- Prothèses capillaires, semelles orthopédiques, etc. prises en charge ou non par le RO** (forfait par an et par bénéficiaire)	60% ou Néant	100% BR* + 40€	100% BR* + 50€	100% BR* + 75€	100% BR* + 75€	100% BR* + 100€
- Fauteuils roulants pris en charge ou non par le RO** (forfait par an et par bénéficiaire)	100% ou Néant	100% BR* + 75€	"100% BR* + 85€"	100% BR* + 100€	100% BR* + 100€	100% BR* + 150€
BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION						
Forfait annuel plafonné à 150 €/an/bénéficiaire pour l'ensemble des postes ci-dessous						
Médecines douces : Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Étiopathie, Homéopathie, Naturopathie, Podologie/pédicure, Diététicien/nutritionniste, Hypnose thérapeutique	Néant	Néant	20€ / séance Max.2 séances par an/ bénéficiaire	25€ / séance Max.3 séances par an/ bénéficiaire	30€ / séance Max.4 séances par an/ bénéficiaire	35€ / séance Max.4 séances par an/ bénéficiaire
Dépistage et Prévention (actes non remboursés par le RO**) : Vaccins prescrits non pris en charge, Traitement antipaludéen pour les voyages - Substituts nicotiniques (en complément de la Sécurité sociale) Médicaments de l'ostéoporose - Matériel de surveillance hypertension homologué AFSSAPS	Néant	100€ par an/ bénéficiaire	100€ par an/ bénéficiaire	100€ par an/ bénéficiaire	100€ par an/ bénéficiaire	150€ par an/ bénéficiaire
Prévention - Dépistage non pris en charge par le RO** : cancer (col de l'utérus, côlon, sein), glaucome, troubles de l'audition	Néant	50€ par an/ bénéficiaire	50€ par an/ bénéficiaire	50€ par an/ bénéficiaire	50€ par an/ bénéficiaire	50€ par an/ bénéficiaire

	RO	Tonic 2 Senior Niveau 1 RO + RC	Tonic 2 Senior Niveau 2 RO + RC	Tonic 2 Senior Niveau 3 RO + RC	Tonic 2 Senior Niveau 4 RO + RC	Tonic 2 Senior Niveau 5 RO + RC
OPTIQUE						
Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO* et Ticket Modérateur inclus						
Limité à 1 équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants < 16 ans ou en cas de modification de la vue, dans les conditions fixées dans votre Notice d'Information (3)						
Equipements «100% Santé»						
- Monture et verres (Classe A(3) y compris suppléments)	60%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) (4)				
Equipements Hors «100% Santé»						
- Equipements «correction simple», classe B dont 100 € maximum pour la monture (3)	60%	100€	125€	175€	250€	300€
- Equipements «correction complexe», classe B dont 100 € maximum pour la monture (3)	60%	200€	225€	275€	350€	500€
- Equipement «correction très complexe», classe B dont 100 € maximum pour la monture (3)	60%	200€	250€	300€	400€	600€
- Suppléments pris en charge par le RO**	60%	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
Lentilles prises en charge ou non par le RO** (forfait par an et par bénéficiaire)	60% ou Néant	100% BR* + 25€	100% BR* + 50€	100% BR* + 100€	100% BR* + 150€	100% BR* + 200€
Opération de la myopie au laser (forfait par œil, par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	100€	200€	300€	400€
DENTAIRE						
Equipements «100% Santé»						
- Soins et prothèses «100% Santé» (5)	60% ou 70% (2)	Frais Réels, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (6)				
Equipements Hors «100% Santé»						
- Soins pris en charge par le RO**	60% ou 70% (2)	150% BR*	200% BR*	250% BR*	300% BR*	350% BR*
- Prothèses et implantologie prises en charge par le RO** (maxi 4 prothèses par an, au-delà, le remboursement est plafonné à 100% de la BR) (6)	60% ou 70% (2)	150% BR*	200% BR*	250% BR*	300% BR*	350% BR*
Orthodontie prise en charge par le RO**	70% ou 100% (2)	170% BR*	195% BR*	245% BR*	320% BR*	370% BR*
Actes dentaires non pris en charge par le RO** (implantologie, parodontie, orthodontie)	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
Plafond annuel dentaire, hors radiologie, hors soins dentaires et hors actes pris en charge par le 100% Santé. Au-delà du plafond annuel, les actes seront pris en charge à 100% de la BR	-	1 000 €	2 000 €	3 000 €	3 500 €	3 500 €
AIDES AUDITIVES						
Remboursement limité à 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente (8)						
Equipement «100% Santé»						
- Remboursement des Aides auditives "100% Santé" - classe I (7)	60%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) (7)				
Equipement Hors «100% Santé»						
- Remboursement des Aides auditives classe II dans la limite de 1700€ / oreille	60%	225% BR*	250% BR*	275% BR*	300% BR*	350% BR*
- Suppléments pris en charge par le RO** (dont suivi et piles)	60%	100% BR *	100% BR *	100% BR *	100% BR *	100% BR *
AUTRES PRESTATIONS						
Cure thermale prise en charge par le RO** (forfait par an et par bénéficiaire)	65% ou 70% (2)	100% BR*	100% BR* + 100€	100% BR* + 150€	100% BR* + 200€	100% BR* + 250€
Soins et forfait surveillance pris en charge par le RO ** (forfait par an et par bénéficiaire)	65% ou 70% (2)	100% BR*	100% BR* + 100€	100% BR* + 150€	100% BR* + 200€	100% BR* + 250€
Transport et hébergement hors hospitalisation (forfait par an et par bénéficiaire) non pris en charge par le RO**	Néant	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Actes de prévention prévus à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et définis à l'Arrêté du 8 juin 2006	70% ou 100% (2)	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
Bilan activité physique (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Service de Tiers payant	-	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Services Assistance	-	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Renfort optionnel

PACK HOSPITALISATION/HONORAIRES/OPTIQUE/DENTAIRE	
Dépassements d'honoraires : Ville/Hôpital (DPTAM*** uniquement)	+ 50% BR*
Chambre particulière y compris ambulatoire Limite durée/ nombre de jours par an et par bénéficiaire : Limite à 90 jours en maison de repos, rééducation fonctionnelle, maison de convalescence, soins de suite et réadaptation et 60 jours pour les hospici en psychiatrie.	+ 30 €
Frais d'accompagnement - Montant par jour Limite durée/ nombre de jours par an et par bénéficiaire : 90 jours / an en cas de maladie (pas de couverture en psychiatrie)	+ 15 €
Forfait lentilles remboursées et non remboursées par le RO** (forfait par an et par bénéficiaire)	100€
Parodontologie et orthodontie non remboursées (forfait par an et par bénéficiaire)	150€

Tous les pourcentages indiqués dans le Tableau des garanties correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 01/01/2024 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et, éventuellement, des dépassements d'honoraires des praticiens.

Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire fixée par décret, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale. Les taux « Régime Obligatoire » étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : Ils n'ont pas de valeur contractuelle. La franchise appliquée sur les actes médicaux lourds sera remboursée par votre complémentaire santé. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés

* **BR/BRSS** : Base de Remboursement/Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

** **RO** : Régime Obligatoire

*** **DPTAM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés

(1) Dans la limite de 6000 € par an pour les établissements non conventionnés. Au-delà de ce plafond, les frais de séjour sont pris en charge à la hauteur du ticket modérateur. La prise en charge des frais de séjour et du forfait journalier est exclue pour les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS).

(2) En fonction de la nature des soins.

(3) Les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018.

(4) Conformément au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de classe A) seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le comité économique des produits de santé.

(5) Conformément au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothétiques faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que définis dans la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par Arrêté seront intégralement remboursés à hauteur des Honoraires Limites de Facturation fixés par ladite Convention, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques, et dans les conditions de prise en charge prévues dans ce Tableau des garanties et dans la Notice d'information afférente en vigueur.

(6) Dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixée par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par Arrêté, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(7) Conformément au décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs médicaux d'aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (Classe I) seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé (avis du 28 novembre 2018) et dans les conditions de prise en charge prévues dans ce Tableau des garanties et dans la Notice d'information en vigueur.

(8) Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et à l'arrêté du 14 novembre 2018.

(9) Consultation psychologue remboursée (dans la limite de 8 séances par année civile, selon les modalités définies à l'article L. 162-58 du Code de la Sécurité Sociale et dans les conditions fixées par les Décrets et Arrêtés en vigueur)

(10) Le remboursement est exprimé en pourcentage du Forfait en Vigueur exprimé par la Sécurité sociale et conformément aux dispositions de l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale et dans les conditions des articles L. 162-48 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

