

	RO*	Tonic 2 - 100 RO+RC	Tonic 2 - 150 RO+RC	Tonic 2 - 200 RO+RC	Tonic 2 - 250 RO+RC	Tonic 2 - 300 RO+RC
HOSPITALISATION						
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins non-DPTAM▲)	80% ou 100% (2)	100% B.R*	130% B.R*	180% B.R*	200% B.R*	200% B.R*
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins DPTAM▲)	80% ou 100% (2)	100% B.R*	150% B.R*	200% B.R*	250% B.R*	300% B.R*
Frais d'accompagnant Limite durée / nombre de jours par année d'adhésion et par bénéficiaire	-	- 30 jours	25€/jour 30 jours	30€/jour 30 jours	35€/jour 30 jours	35€/jour 30 jours
Forfait journalier hospitalier (à l'exclusion des EHPAD et MAS)	-	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)	-	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	-	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 R.O.**	55% ou 65% (2)	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*
Établissements conventionnés						
Frais de séjour	80% ou 100% (1-2)	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*
Chambre particulière (y compris la maternité, hors maisons de repos et établissements psychiatriques) Limite durée / nombre de jours par année d'adhésion et par bénéficiaire	-	40€/jour 90 jours	50€/jour 90 jours	60€/jour 90 jours	70€/jour 90 jours	80€/jour 90 jours
Chambre particulière en ambulatoire	-	40€/jour	50€/jour	60€/jour	70€/jour	80€/jour
Établissements non conventionnés						
Frais de séjour	80% ou 100% (1-2)	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*
Chambre particulière (y compris la maternité, hors maisons de repos et établissements psychiatriques) Limite durée / nombre de jours par année d'adhésion et par bénéficiaire	-	-	40€/jour 20 jours	50€/jour 25 jours	60€/jour 25 jours	70€/jour 30 jours
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	40€/jour	50€/jour	60€/jour	70€/jour
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins non-DPTAM▲)	70%	100% B.R*	105% B.R*	130% B.R*	180% B.R*	200% B.R*
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins DPTAM▲)	70%	100% B.R*	125% B.R*	150% B.R*	200% B.R*	250% B.R*
Actes de prévention (9) / Consultations psychologues (10) / Télésurveillance médicale (11)	60%, 70%, ou 100% (2)	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*
Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie (médecins non-DPTAM▲)	70%	100% B.R*	105% B.R*	130% B.R*	180% B.R*	200% B.R*
Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie (médecins DPTAM▲)	70%	100% B.R*	125% B.R*	150% B.R*	200% B.R*	250% B.R*
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le R.O.**	60%	100% B.R*	105% B.R*	130% B.R*	180% B.R*	200% B.R*
Analyses et examens de laboratoire non pris en charge par le R.O.** (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	-	50€	100€	150€	200€
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60%	100% B.R*	125% B.R*	150% B.R*	200% B.R*	250% B.R*
Médicaments prescrits et Sevrage tabagique pris en charge par le R.O.**	Entre 15% et 65% (2)	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*
Médicaments et vaccins prescrits non pris en charge par le R.O.** dans la limite d'un plafond global par année d'adhésion et par bénéficiaire	-	100% FR* 20€	100% FR* 50€	100% FR* 70€	100% FR* 90€	100% FR* 110€
Contraception non prise en charge par le R.O.** dans la limite d'un plafond global par année d'adhésion et par bénéficiaire	-	100% FR* 50€	100% FR* 50€	100% FR* 50€	100% FR* 50€	100% FR* 50€
Visites diététiciens, nutritionnistes, naturopathes, en-cas hyperprotéiques et hypocaloriques prescrits dans la limite d'un plafond global par année d'adhésion et par bénéficiaire	-	100% FR* 50€	100% FR* 75€	100% FR* 100€	100% FR* 125€	100% FR* 150€
Visites ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs dans la limite d'un plafond global par année d'adhésion et par bénéficiaire	-	100% FR* 50€	100% FR* 75€	100% FR* 100€	100% FR* 125€	100% FR* 150€
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)						
Équipements «100% Santé» - Classe A (3) - y compris suppléments - à compter du 01/01/2020	60%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) (4)				
Équipements «correction simple», classe B dont 100 € maximum pour la monture (3)	60%	100€	125€	175€	250€	300€
Équipement «correction complexe», classe B dont 100 € maximum pour la monture (3)	60%	200€	225€	275€	350€	500€
Équipement «correction très complexe», classe B dont 100 € maximum pour la monture (3)	60%	200€	250€	300€	400€	600€
Suppléments pris en charge par le R.O.**	60%	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*	100% B.R*

	RO*	Tonic 2 - 100 RO+RC	Tonic 2 - 150 RO+RC	Tonic 2 - 200 RO+RC	Tonic 2 - 250 RO+RC	Tonic 2 - 300 RO+RC
Lentilles prises en charge ou non par le R.O.** (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	60% ou néant (2)	100% B.R* + 25€	100% B.R* + 50€	100% B.R* + 100€	100% B.R* + 150€	100% B.R* + 200€
Opération de la myopie au laser (forfait par œil, par année civile et par bénéficiaire)	-	-	100€	200€	300€	400€
DENTAIRE						
Soins et prothèses «100% Santé» - faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge (5)	60% ou 70% (2)	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) (4)				
Soins pris en charge par le R.O.**	60% ou 70% (2)	150% B.R*	200% B.R*	250% B.R*	300% B.R*	350% B.R*
Prothèses et implantologie prises en charge par le R.O.** (Maxi 4 prothèses par an, au-delà, le remboursement est plafonné à 100% du B.R.) (plafonnées, et le cas échéant, à hauteur des honoraires limites de facturation (6))	60% ou 70% (2)	150% B.R*	200% B.R*	250% B.R*	300% B.R*	350% B.R*
Implantologie (dont radiologie et chirurgie) et prothèses non prises en charge par le R.O.** (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire) par le R.O.**	-	-	-	-	-	-
Orthodontie prise en charge par le R.O.**	60% ou 100% (2)	170% B.R*	195% B.R*	245% B.R*	320% B.R*	370% B.R*
Orthodontie non prise en charge par le R.O.** (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	-	-	-	-	-
MATERNITE						
Test de grossesse (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	30€	30€	30€	30€	30€
Insémination artificielle non prise en charge par le R.O.** (par tentative, limitées à 3 tentatives sur la durée du contrat)	-	150€	200€	300€	300€	300€
Amniocentèse non prise en charge par le R.O.** (délai de carence de 9 mois) (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	150€	150€	150€	150€	150€
Acte d'obstétrique (accouchement dont péridurale) (médecins non-DPTAM▲)	100%	100% B.R*	130% B.R*	180% B.R*	200% B.R*	200% B.R*
Acte d'obstétrique (accouchement dont péridurale) (médecins DPTAM▲)	100%	100% B.R*	150% B.R*	200% B.R*	250% B.R*	300% B.R*
Traitement de la stérilité (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	150€	200€	250€	250€	250€
Si inscription de l'enfant						
Prime de naissance	-	50€	75€	100€	150€	200€
Colis naissance	-	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Kinésithérapie y compris respiratoire (sur prescription médicale, enfant de moins de 5 ans adhérent au contrat) (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	50€	50€	50€	50€	50€
Substitut de lait maternel (sur prescription médicale) (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	75€	75€	75€	75€	75€
Prévention «soleil» (sur prescription médicale, enfant de moins de 15 ans adhérent au contrat) (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	50€	50€	50€	50€	50€
AIDES AUDITIVES						
Remboursement limité à compter du 1/1/2021 à 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans (8)						
Aides auditives "100% Santé" - classe I - à compter du 1 ^{er} janvier 2021 (7)	60%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) (7)				
Aides auditives dans la limite de 1 700€ / oreille (8) à compter du 1 ^{er} janvier 2021 (7)	60%	225% B.R*	250% B.R*	275% B.R*	300% B.R*	350% B.R*
Suppléments pris en charge par le R.O.** (dont suivi et piles)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
MATÉRIEL MÉDICAL						
Dispositifs médicaux y compris prothèses mammaires et capillaires (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	60%	100% B.R* + 40€	100% B.R* + 50€	100% B.R* + 75€	100% B.R* + 75€	100% B.R* + 100€
Prothèses orthopédiques (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	60%	100% B.R* + 40€	100% B.R* + 50€	100% B.R* + 75€	100% B.R* + 75€	100% B.R* + 100€
Fauteuil roulant (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	100%	100% B.R* + 75€	100% B.R* + 85€	100% B.R* + 100€	100% B.R* + 100€	100% B.R* + 150€
AUTRES PRESTATIONS						
Cure thermale prise en charge par le R.O.**						
Soins et forfait surveillance	65% ou 70% (2)	100% B.R*	100% B.R* + 100 €	100% B.R* + 150 €	100% B.R* + 200 €	100% B.R* + 250 €
Transport et hébergement hors hospitalisation (forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire)	Néant	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Bilan d'activité physique	Néant	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Service de Tiers payant	-	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Services Assistance	Néant	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

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 15/10/2023 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. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés. Sauf mention contraire spécifiée dans le Tableau des garanties, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.

(*) **B.R.** : Base de Remboursement

(**) **R.O.** : Régime Obligatoire

(***) **R.C.** : Régime Complémentaire

(•) **F.R.** : Frais Réels

(▲) **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 6 000 € par année d'adhésion pour les établissements non conventionnés. Au-delà de ce plafond, les frais de séjour sont pris en charge à hauteur du Ticket Modérateur. La prise en charge des frais de séjour est exclue pour les établissements médico-sociaux.

(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 dans 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 afférent en vigueur.

(6) Dans la limite des honoraires de facturation fixés 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 fixé par le Comité économique des produits de santé (avis du 28 novembre 2018).

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

(9) 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.

(10) Dans la limite de 8 séances remboursées 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.

(11) 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.

ASSISTANCE 7/7J et 24/24H

Sur simple appel téléphonique.

En cas d'hospitalisation :

- ▶ aide à domicile,
- ▶ assistance en cas d'accident,
- ▶ prise en charge complémentaire ou avance des dépenses de santé engagées à l'étranger.

Frais de télévision en chirurgie et en médecine : envoyez les justificatifs à UCR : 1,52 €/jour (maxi 152,45 €/an).

