



PRESTATIONS GARANTIES	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5	DYNAMIQUE 6
SOINS COURANTS						
Analyses et examens de laboratoire						
Analyses et examens de biologie médicale	100 % BR - SS	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Honoraires médicaux						
Consultations, visites et téléconsultations : généralistes et spécialistes Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie						
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	130 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux						
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	100 % BR - SS	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Autres soins courants						
Frais de transport pris en charge par la SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	130 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS	150 % BR - SS
Médicaments						
Pharmacie remboursée à 65 %	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie remboursée à 30 %		100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Pharmacie remboursée à 15 %			100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Matériel médical						
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾		100 €	300 €	500 €	1 000 €	2 000 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	220 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS

(1) Le site amel.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

PRESTATIONS GARANTIES	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5	DYNAMIQUE 6
HOSPITALISATION						
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité						
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie						
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS	400 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR - SS	130 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	100 % BR - SS	140 % BR - SS	170 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier						
Participation forfaitaire aux frais d'hébergement	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation						
Frais de séjour en établissement conventionné	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS
Participation forfaitaire actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre particulière - hors hospitalisation ambulatoire - y compris maternité ⁽³⁾		30 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	80 €/jour	100 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁴⁾		20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	45 €/jour	50 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁵⁾		20 €/jour	20 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de moins de 16 ans et adulte de plus de 70 ans) ⁽⁶⁾			20 €/jour	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours remboursement dès le 15 ^e jour ⁽⁷⁾			4 €/jour	4 €/jour	6 €/jour	10 €/jour

(1) Le site amel.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO).

(2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.

(3) Limite par an et par bénéficiaire : à 30 jours pour les séjours en psychiatrie, à 180 jours pour les autres séjours. S'entend par année civile.


(4) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile.

(5) Concernent les établissements adhérent à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour.

(6) Limite à 15 jours par hospitalisation.

(7) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.




PRESTATIONS GARANTIES	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5	DYNAMIQUE 6
OPTIQUE⁽¹⁾						
Équipements Verres et monture : deux classes d'équipement						
Équipements 100% SANTÉ tels que définis réglementairement						
Verres et monture de CLASSE A 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Autres équipements - Forfait pour deux verres et une monture						
Verres et monture de CLASSE B						
	Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable					
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽²⁾	100 % BR - SS	100 € dont 30 € maxi monture	200 € dont 80 € maxi monture	250 € dont 100 € maxi monture	300 € dont 100 € maxi monture	420 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽²⁾	100 % BR - SS	200 € dont 30 € maxi monture	350 € dont 80 € maxi monture	480 € dont 100 € maxi monture	560 € dont 100 € maxi monture	700 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽²⁾	100 % BR - SS	200 € dont 30 € maxi monture	400 € dont 80 € maxi monture	540 € dont 100 € maxi monture	630 € dont 100 € maxi monture	800 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique						
Lentilles prises en charge par la SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS				
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽³⁾			125 €	175 €	185 €	300 €
Garanties supplémentaires à compter de la 2^e année d'adhésion du bénéficiaire						
Chirurgie réfractive ⁽⁴⁾				300 €/œil	400 €/œil	500 €/œil

(1) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans.

(2) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement.

(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale.

(4) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

PRESTATIONS GARANTIES	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5	DYNAMIQUE 6
DENTAIRE⁽¹⁾						
Soins et prothèses : trois paniers de soins						
Soins et prothèses 100% SANTÉ						
Panier 100% SANTÉ tels que définis réglementairement 	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Soins						
Soins des paniers modéré et libre	100 % BR - SS	100 % BR - SS	120 % BR - SS	150 % BR - SS	180 % BR - SS	200 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	100 % BR - SS	120 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	250 % BR - SS	300 % BR - SS
Prothèses						
	Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable					
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽²⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	100 % BR - SS	150 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS	450 % BR - SS	570 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽²⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	100 % BR - SS	120 % BR - SS	150 % BR - SS	250 % BR - SS	350 % BR - SS	470 % BR - SS
	Devis obligatoire pour tout acte > à 1 000 €. En l'absence de devis préalable, aucun remboursement.					
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽³⁾			100 €	200 €	300 €	300 €
Plafond de remboursement dentaire 1 ^{re} année ⁽⁴⁾ : prothèses des paniers modéré ou libre prises en charge ou non par la SS			500 €	700 €	800 €	1 000 €
Plafond de remboursement dentaire 2 ^e année et suivantes ⁽⁴⁾ : prothèses des paniers modéré ou libre prises en charge ou non par la SS			800 €	1 000 €	1 200 €	1 500 €
Autres dispositifs dentaires						
	Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable					
Orthodontie prise en charge par la SS	100 % BR - SS	150 % BR - SS	200 % BR - SS	320 % BR - SS	450 % BR - SS	500 % BR - SS
Garanties supplémentaires à compter de la 2^e année d'adhésion du bénéficiaire						
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽⁵⁾				300 €	400 €	500 €
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽⁵⁾			100 €	150 €	200 €	350 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽⁵⁾				50 €	50 €	50 €
Forfait Implantologie limité à 2 implants ⁽⁵⁾				250 €/implant	500 €/implant	700 €/implant

(1) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (honoraires limites de facturation) tels que définis réglementairement.

(2) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent.


(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année d'adhésion.

(4) Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses pris en charge par la Sécurité sociale.

(5) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

Les garanties Optique et/ou Dentaire des formules Dynamique 3, 4 et 5 renforcées "OD" sont issues des niveaux directement supérieurs 4, 5 ou 6



PRESTATIONS GARANTIES	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5	DYNAMIQUE 6
AIDES AUDITIVES⁽¹⁾						
<i>Aides auditives : deux classes d'équipements</i>						
Équipement 100% SANTÉ tels que définis réglementairement						
Équipement de CLASSE I	 Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé
Devis obligatoire avant d'engager vos soins. En l'absence de devis préalable, le remboursement sera réduit au minimum du contrat responsable						
Autres équipements						
Équipement de CLASSE II ⁽²⁾ Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	100 % BR - SS	100 % BR - SS 100 €/oreille	100 % BR - SS 300 €/oreille	100 % BR - SS 500 €/oreille	100 % BR - SS 800 €/oreille	100 % BR - SS 1 100 €/oreille
Autres dispositifs auditifs						
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS	100 % BR - SS

(1) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(2) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1 700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise)

PRESTATIONS GARANTIES	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5	DYNAMIQUE 6
PRESTATIONS DE CONFORT JEUNES ET FAMILLES						
Kit confort⁽¹⁾⁽²⁾ :						
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue		15 €/séance 5 séances maxi	20 €/séance 5 séances maxi	30 €/séance 5 séances maxi	40 €/séance 5 séances maxi	50 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)		20 €	30 €	40 €	50 €	50 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹⁾		15 €	20 €	35 €	45 €	45 €
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)		100 €	150 €	200 €	350 €	400 €
Fécondations In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS et limitées à 2 ⁽¹⁾				100 €/FIV	250 €/FIV	300 €/FIV
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽¹⁾				100 €	200 €	200 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ^{(1) (3)}		250 €	250 €	500 €	1 000 €	1 500 €
Garanties supplémentaires à compter de la 2^e année d'adhésion du bénéficiaire						
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽¹⁾		50 €	55 €	60 €	70 €	80 €

(1) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(2) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.

(3) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

PRESTATIONS GARANTIES	DYNAMIQUE 1	DYNAMIQUE 2	DYNAMIQUE 3	DYNAMIQUE 4	DYNAMIQUE 5	DYNAMIQUE 6
PRESTATIONS DE CONFORT SENIORS						
Kit confort⁽¹⁾⁽²⁾ :						
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue		15 €/séance 5 séances maxi	20 €/séance 5 séances maxi	30 €/séance 5 séances maxi	40 €/séance 5 séances maxi	50 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)		20 €	30 €	40 €	50 €	50 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹⁾		15 €	20 €	35 €	45 €	45 €
Cure thermale prise en charge par la SS et limitée au reste à charge ⁽³⁾		150 €	200 €	250 €	350 €	400 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽¹⁾⁽⁴⁾		250 €	250 €	500 €	1 000 €	1 500 €

(1) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

(2) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.

(3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur.

(4) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement - **FR** : Frais Réels - **SS** : Sécurité Sociale - **€** : euros

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre notice d'information. Votre contrat prend en charge 100 % de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre notice d'information.