



À partir de 18 ans  
Âge limite de souscription

NIVEAU 1 90 ans	NIVEAU 2 90 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans
F1	F2	F3	F4	F5	F6

### HOSPITALISATION & MATERNITÉ <sup>(1)</sup>

		Année 1 & 2	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors chirurgie dentaire) dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	125%	150%	175%	225%	275%	325%
			100%	100%	125%	150%	175%	200%
Hors OPTAM ou OPTAM CO*			100%	100%	125%	150%	175%	200%
Frais de séjour Hospitalier	En secteur conventionné		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	En secteur non conventionné		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier <sup>(2)</sup>			Rembst intégral					
Frais de transport (sauf cures et maternité)			100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile			100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière <sup>(3)</sup>			-	40€/jour	60€/jour	70€/jour	80€/jour	100€/jour
Lit d'accompagnement, téléphone, internet, télévision (maxi 15 j/an)			15€ / jour					

### MÉDECINE COURANTE

		Année 1 & 2	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Médecins spécialistes et généralistes - Radiologie - Imagerie - Actes techniques médicaux dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	125%	150%	175%	225%	275%	325%
			100%	100%	125%	150%	200%	200%
Médecins spécialistes et généralistes - Radiologie - Imagerie - Actes techniques médicaux - hors OPTAM ou OPTAM CO			100%	100%	125%	150%	200%	200%
Analyses - examen de laboratoires			100%	100%	125%	150%	200%	200%
Auxiliaire médicaux			100%	100%	125%	150%	200%	200%
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étiope, homéopathe, acupuncteur, mésothérapeute, réflexologue, pédicure, podologue, diététicien, nutritionniste, naturopathe, sophrologue, tabacologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, psychologue, sexologue (maxi 50€ / séance)			50€ / an	100€ / an	100€ / an	150€ / an	150€ / an	200€ / an

### PHARMACIE

Médicaments et homéopathie remboursés		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits non remboursés (y compris vaccins, contraceptifs)		30 € / an	30 € / an	40 € / an	40 € / an	50 € / an	50 € / an

### OPTIQUE

Optique 100% SANTÉ*	Verres et monture classe A <sup>(a)</sup>	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	
	Verres classe A <sup>(a)</sup>	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	
Optique Hors 100% SANTÉ								
Forfait Optique, équipement complet entrant dans le cadre du panier libre <sup>(b)</sup> - Renouvellement tous les 2 ans <sup>(c)</sup>	2 verres simples, ou 1 complexe ou 1 très complexe - 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	100%	150 €	200 €	300 €	350 €	400 €	
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	100%	200 €	250 €	350 €	400 €	420 €
Forfait Optique, équipement complet entrant dans le cadre du panier libre <sup>(b)</sup> - Renouvellement tous les 2 ans <sup>(c)</sup>	2 verres complexes ou très complexes - 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année	100%	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €	
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b>	Dès la 3 <sup>ème</sup> année	100%	300 €	350 €	450 €	550 €	650 €
Forfait annuel pour lentilles prescrites remboursées ou non par le RO			50€	50€	100€	100€	150€	150€
Chirurgie réfractive de l'œil, forfait par an et par œil			-	200€	250€	300€	350€	400€



À partir de 18 ans  
Âge limite de souscription

NIVEAU 1 90 ans	NIVEAU 2 90 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans
F1	F2	F3	F4	F5	F6

## DENTAIRE (par an et par bénéficiaire)

100%SANTE* Dentaire - Condition selon décret en 2020 <sup>(a)</sup>	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	
Dentaire Hors 100%SANTE*							
Soins dentaires remboursés par le RO	100%	150%	200%	250%	275%	300%	
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie remboursés par le RO	Année 1 & 2	100%	150%	200%	250%	300%	
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> Dès la 3 <sup>ème</sup> année	150%	200%	250%	300%	325%	350%
Orthodontie remboursée par le RO	Année 1 & 2	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> Dès la 3 <sup>ème</sup> année	150%	175%	200%	250%	300%	350%
Dentaire non remboursé par le RO (implants non remboursés, orthodontie pour adulte, parodontologie)	-	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	
Plafond <sup>(4)</sup> de remboursement sur le poste dentaire (hors soins) y compris les prestations en 100% santé*) – au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur	-	800 € / an	1.000 €/an	1.000 €/an	1.200 €/an	1.200 €/an	

## APPAREILLAGE ET PROTHÈSE

Prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément pour petit appareillage	-	50 € / an	75 € / an	100 €/an	125 €/an	150 €/an

## APPAREILLAGE AUDITIF

100% SANTÉ* Prothèses Auditives - Conditions selon décret en 2020 <sup>(a)</sup> Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé* (classe I <sup>(d)</sup> remboursement renforcé) - Renouvellement tous les 4 ans <sup>(e)</sup>	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	
Hors 100% Santé : - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% santé* (Appareil de classe II à prix libre) - Renouvellement tous les 4 ans <sup>(e)</sup> - Remboursement maximum 1700€ par oreille à appareiller <sup>(e)</sup> .	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Forfait appareil auditif (par an)	Année 1 & 2	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> Dès la 3 <sup>ème</sup> année	100 €	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €

## PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE

Cure thermale prise en charge par le RO	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Forfait supplémentaire cure thermale remboursée par le RO (y compris transport et hébergement)	-	100 €	150 €	175 €	200 €	250 €
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%	100%	100%

## SERVICES INCLUS

Assistance accompagnement	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Tiers payant	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Télémedecine	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Réseaux de soins	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Décompte en ligne	oui	oui	oui	oui	oui	oui

## Lexique

- OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00
- Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verres multifocal ou progressif
- Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00

## Exclusions et limitations de garantie

- <sup>(1)</sup> Pendant les 60 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités à la prise en charge du ticket modérateur uniquement et la chambre seule est exclue, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.
- <sup>(2)</sup> Illimité. Exclu pour les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
- <sup>(3)</sup> Prise en charge des frais de chambre particulière :
  - Limitée à 30 jours par an et par assuré en hospitalisation médicale et chirurgicale
  - Limitée à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence et réadaptation fonctionnelle suite à une hospitalisation.
  - Non garantie pour une hospitalisation en ambulatoire et les séjours en secteurs de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique et gériatrie, séjours en gérontologie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicosociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).
- <sup>(4)</sup> Au-delà du plafond, le remboursement s'effectuera à hauteur du Ticket Modérateur, le plafond s'applique également pour les prestations entrant dans le cadre du 100% santé.

Une fois le plafond dentaire atteint, le remboursement est limité comme suit :

- au ticket modérateur pour les prothèses dentaires et l'orthodontie (prise en charge du régime de base inclus) pour les actes du panier hors 100% Santé,
- la prise en charge des actes du panier 100% Santé se fera à la hauteur des frais réels, sous déduction des prises en charge du régime de base.
- Les soins dentaires ne sont pas concernés par le plafond.

## Informations 100% Santé\*

\* tels que définis réglementairement

<sup>(a)</sup> Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

<sup>(b)</sup> Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

Le remboursement de la monture est limité à 100 €, remboursement du régime obligatoire inclus.

<sup>(c)</sup> Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

<sup>(d)</sup> Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

<sup>(e)</sup> Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

### Informations garanties

Les garanties du contrat Relaxeo 2 décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » 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. Le contrat Relaxeo 2 s'adaptera donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé\* »).

Le dispositif « 100% Santé » permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines dépenses en Dentaire, Optique et Aide auditive en fonction du calendrier défini par la réglementation.

Les garanties 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 « Remboursement intégral », 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 et des « Prix Limites de Ventes » (PLV) et « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur<sup>(a)</sup> »

Pour les actes réalisés en secteur Non Conventionné, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessus, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme ne sont pas remboursés. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.