

TABLEAU DES GARANTIES

> HOSPITALISATION

(MEDICALE - CHIRURGICALE - MATERNITE)  
En établissements conventionnés ou non conventionnés

CHOISISSEZ VOTRE NIVEAU DE GARANTIE

	1	2	3	4	5	6
Honoraires et frais de séjour	100%	150%	300%	400%	500%	500%
Forfait journalier hospitalier	FR	FR	FR	FR	FR	FR
Chambre particulière (maximum / jour)	Non Garanti	50€	60€	70€	80€	100€
Lit et repas de l'accompagnant maison de parents (maximum / jour)	Non Garanti	20€	25€	35€	50€	60€
Frais de Télévision, téléphone et journaux (maximum / jour)	Non Garanti	Non Garanti	5€	10€	15€	20€

**Limitation :** en cas d'hospitalisation psychiatrique et neuropsychiatrique les garanties d'hospitalisation sont limitées à 30 jours par an et par assuré, y compris les séjours et honoraires.

TABLEAU DES GARANTIES

> SOINS MÉDICAUX

CHOISISSEZ VOTRE NIVEAU DE GARANTIE

	1	2	3	4	5	6
Honoraires médecins généralistes et spécialistes (conventionnés ou non)	100%	130%	150%	200%	300%	500%
Honoraires d'ostéopathie et de chiropractie (forfait par séance)	Non Garanti	2X20€	2X20€	3X25€	3X25€	3X25€
Pharmacie prescrite et remboursée par le Régime Obligatoire	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres soins médicaux :	100%	130%	150%	200%	300%	500%
Auxiliaires Médicaux, Radiographie (y compris ostéodensitométrie), Laboratoires, Appareillage, Prothèses auditives, Frais de transport	100%	130%	150%	200%	300%	500%
Cures thermales acceptées par le RO	100%	130%	150%	200%	300%	500%
Forfait complémentaire sur frais annexes		+80€	+100€	+125€	+185€	+350€

TABLEAU DES GARANTIES

> OPTIQUE

CHOISISSEZ VOTRE NIVEAU DE GARANTIE

	1	2	3	4	5	6
<b>Monture*</b>						
> Adultes	40€	70€	90€	120€	180€	220€
> Enfants	20€	30€	50€	70€	90€	110€
<b>Verres (les 2 verres)*</b>						
> Unifocaux ou sans justificatif de correction visuelle	100%	40€	50€	60€	70€	80€
> Progressifs	100%	70€	80€	100€	120€	130€
> Lentilles prises en charge par le RO*	100%	60€	80€	100€	140€	300€
> Lentilles non prises en charge par le RO*	Non Garanti	60€	80€	100€	140€	300€
> Opération des défauts visuels*	Non Garanti	160€	230€	300€	450€	500€

> AVANTAGES PARTENAIRES <

<b>Verres (les 2 verres)*</b>	100%	Prise en charge intégrale des verres sélectionnés entre Gan Assurances et les opticiens partenaires				
> Unifocaux ou progressifs	100%					
> Lentilles prises en charge ou non par le RO*	100%	80€	100€	120€	160€	400€

\* Une prise en charge par an et par assuré pour les niveaux 1, 2 et 3, soit pour la monture et les verres, soit pour les lentilles, soit pour l'opération d'un défaut visuel. Pour les niveaux 4, 5 et 6, vous pouvez choisir une prise en charge soit pour la monture, les verres et les lentilles, soit pour la monture, les verres et l'opération d'un défaut visuel.

TABLEAU DES GARANTIES

> Les garanties en % s'entendent en pourcentage du Tarif de Convention (Base de Remboursement) de la Sécurité Sociale y compris le remboursement du Régime Obligatoire.

> Tous les forfaits s'entendent par an et par assuré.

> La garantie "**prévention**" dépend du niveau choisi en "soins médicaux".

> ASSISTANCE

CHOISISSEZ VOTRE NIVEAU DE GARANTIE

	1	2	3	4	5	6
Assistance Santé	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti

TABLEAU DES GARANTIES

> PRÉVENTION ET SOINS AU QUOTIDIEN

CHOISISSEZ VOTRE NIVEAU DE GARANTIE

	1	2	3	4	5	6
<b>Dentaires</b>						
> Actes de prévention "responsables"	100%	100%	100%	100%	100%	100%
> Bilan annuel de prévention	25€	25€	25€	25€	25€	25€
> Acte de prévention enfant "vernis fluoré" (maxi 13 ans)	Non Garanti	65€	65€	65€	65€	65€
<b>Soins médicaux</b>						
> Actes de prévention "responsables"	100%	130%	150%	200%	300%	500%
<b>Autres actes de prévention</b>						
> Tous vaccins* et anti-paludéens	Non Garanti	40€	50€	60€	100€	120€
> Sevrage tabagique						
> Moyens contraceptifs prescrits*						
Consultation diététique*	28€	28€	28€	28€	28€	28€

\* Non pris en charge par le Régime Obligatoire.

TABLEAU DES GARANTIES

> DENTAIRE

CHOISISSEZ VOTRE NIVEAU DE GARANTIE

	1	2	3	4	5	6
<b>Soins (hors Inlay/Onlay)</b>						
Inlay/Onlay (par acte)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	100%	100%+50€	100%+70€	100%+90€	100%+150€	100%+400€
<b>L'Orthodontie</b>						
> Acceptée par le RO	100%	200%	250%	300%	400%	400%
> Refusée par le RO	Non Garanti	Non Garanti	Non Garanti	500€	600€	700€
<b>Prothèses</b>						
> Couronnes céramiques**	100%	150€	250€	300€	400€	550€
> Autres prothèses et couronnes céramiques au-delà des 4 premières	100%	170%	200%	250%	300%	500%
<b>Implants</b>	Non Garanti	100€	300€	500€	600€	1000€

> AVANTAGES PARTENAIRES <

> Couronnes céramiques**	100%	200€	300€	350€	450€	600€
> Implants	Non Garanti	150€	350€	550€	650€	1050€
> Traitement des gencives	Non Garanti	150€	200€	250€	300€	400€
> Casse & réparation de prothèses (selon type de prothèses)	Non Garanti	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti

\*\* Forfait par dent jusqu'à 4 dents par an.