




Correspondance

HUMANIS  
41931 BLOIS CEDEX 9

 N°Cristal 09 69 39 93 33 APPEL NON SURTAXÉ  
Espace client sécurisé sur humanis.com

BNY MELLON ASSET MGNT INTERN.LTD  
7 RUE SCRIBE  
75009 PARIS 09

Paris, le 18 novembre 2016

**Objet : Contrat Santé Responsable 2016**  
**Courrier et lettre avenant à votre (vos) contrat(s) Santé**  
N° Adhérent : 15659684  
Contrat(s) d'adhésion : 1194101, 707322

Madame, Monsieur,

Vous bénéficiez auprès de notre organisme d'un contrat Santé et nous vous remercions pour votre confiance.

Suite à la nouvelle définition du cahier des charges du contrat responsable, votre contrat doit désormais prévoir une prise en charge minimum de garanties et un plafonnement des remboursements sur certains postes.

Nous vous transmettons sous ce pli pour le(s) contrat(s) souscrit(s), une lettre avenant et un tableau reprenant l'ensemble de vos garanties.

Pour toute information complémentaire, nous restons à votre disposition au 09 69 39 93 33 (appel non surtaxé) du lundi au vendredi de 8 h à 18 h.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Jean-Baptiste TALABOT  
HUMANIS PREVOYANCE



**LETTRE AVENANT  
AU(X) CONTRAT(S) D'ADHESION N° 1194101  
souscrit par BNY MELLON ASSET MGNT INTERN.LTD**

**valant notice d'information complémentaire**

**PREAMBULE :**

La présente lettre avenant a pour objet de compléter l'avenant précédemment envoyé mettant le contrat en conformité avec le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, et le cas échéant avec le décret n°2014-1025 du 08 septembre 2014 dit « panier de soins ANI » pour les contrats collectifs obligatoires.

La présente lettre avenant valant par ailleurs notice d'information complémentaire constitue respectivement avec le contrat d'une part et la notice principale d'autre part un tout indissociable et indivisible.

**ARTICLE 1 : GARANTIES**

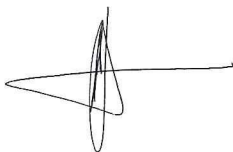
Le contrat a précédemment été aménagé afin de respecter le cahier des charges du contrat responsable. Le tableau de l'ensemble des garanties figure en annexe.

**ARTICLE 2 : DATE D'EFFET**

La présente lettre-avenant prend effet au **1er janvier 2016**.

Fait à Blois, le 18 novembre 2016

HUMANIS PREVOYANCE  
Jean-Baptiste TALABOT





## ANNEXE GARANTIES

# FLEXI-PREV SANTE

### GARANTIES SANTE

Ens Pers (\*)

A effet du 01/01/2016

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues au contrat.  
Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES	BNY MELLON - SANTE
	Contrat obligatoire Cette formule respecte le cahier des charges du contrat responsable
<b>Hospitalisation</b>	
Honoraires	CAS : 680% BR moins RO. NON CAS : 200% BR moins RO
Frais médicaux hospi. Médi.	680% BR moins RO
Frais de séjour	100% FR moins RO
Frais de séjour en non conventionné	90% FR moins RO
Chambre partic. hospi. Chirurgie	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour
Chambre particulière Psychiatrie	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour (1)
Chambre particulière en hospitalisation	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour (2)
Chambre particulière maternité	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour
Chambre particulière Ambulatoire	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour (2)
Lit + repas accomp. hospi. Chir.	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour Enfant de - 12 ans
Lit + repas accompagnant en Psy.	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour (1) Enfant de - 12 ans
Frais d'accompagnant hospitalisation	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour (2) Enfant de - 12 ans
Forfait hospitalier	100% FR
Franchise actes lourds 18 euros	100% FR
Pharmacie Hospi.	100% FR moins RO
<b>Soins de Ville</b>	
Consultations et Visites	CAS : 570% BR moins RO. NON CAS : 200% BR moins RO
Petite chirurgie et actes de spécialité	CAS : 570% BR moins RO. NON CAS : 200% BR moins RO
Imagerie médicale	CAS : 570% BR moins RO. NON CAS : 200% BR moins RO
Frais d'analyse et de laboratoire	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Auxiliaires Médicaux	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Prothèses auditives acceptées	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Appareillage	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Ostéodensitométrie remb. par la SS	CAS : 570% BR moins RO. NON CAS : 200% BR moins RO
Ostéodensitométrie non remb. par la SS	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Franchise actes lourds 18 euros	100% FR
<b>Pharmacie</b>	
Pharmacie 30%	100% BR moins RO
Pharmacie 65%	100% BR moins RO
Pharmacie 15%	100% BR moins RO
<b>Transport</b>	
Transport hors hospitalisation	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Transport hospitalisation	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
<b>Frais Dentaires</b>	
Acte de spécialité Dentaire	570% BR moins RO
Petite Chirurgie et Spécialité	570% BR moins RO
Parodontologie non remboursée	100% FR dans la limite de 645€ par acte (4)
Soins dentaires remboursés par la SS	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Inlays-Onlays remboursés par la SS	570% BR moins RO
Prothèse dentaire remboursée par la SS	570% BR moins RO
Prothèse transitoire NR : Couronne transitoire; Bridge Transitoire	100% FR dans la limite de 645€ par acte (4)
Prothèse dentaire non remboursée par SS	100% FR dans la limite de 645€ par acte (4)
Orthodontie remboursée par la SS	600% BR moins RO
Orthodontie non remboursée par la SS	100% FR dans la limite de 645€ par acte Prise en charge pour les enfants jusqu'à 20 ans, forfait par semestre
Implantologie remboursée par la SS	100% BR moins RO (4)
Implantologie non remboursée par la SS	100% FR dans la limite de 645€ par acte (4)

<b>GARANTIES</b>	<b>BNY MELLON - SANTE</b> Contrat obligatoire Cette formule respecte le cahier des charges du contrat responsable
<b>Frais Dentaires</b>	
Consultation dentaire	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
<b>Frais d'optique</b>	
<b>Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)</b>	
Optique Monture	100% FR moins RO dans la limite de 150€ par acte , Plafond : 1 monture sur 2 ans à date d'achat
Verre : Verre simple; Verre complexe; Verre hyper complexe	100% FR moins RO dans la limite de 160€ par acte , Plafond : 2 verres sur 2 ans à date d'achat
Monture enfant (-18 ans)	100% FR moins RO dans la limite de 150€ par acte , Pfd sur 1an à date d'achat : 1 monture
Verre enfant (-18ans) : Verre simple; Verre complexe; Verre hyper complexe	100% FR moins RO dans la limite de 160€ par acte , Pfd sur 1an à date d'achat : 2 verres
Lentilles remboursées par la SS	100% FR moins RO , Plafond sur 1 an : 20% du PMSS
Lentilles non remboursées par la SS	100% FR , Plafond sur 1 an : 20% du PMSS
Intervention Myopie	100% FR dans la limite de 12% du PMSS (soit 386,16€) par acte , Limité à 2 yeux par an
<b>Maternité / Adoption</b>	
Prime adoption multiple	Forfait de 40% du PMSS (soit 1287,2€)
Prime Maternité Multiple	Forfait de 40% du PMSS (soit 1287,2€)
Prime naissance ou adoption	Forfait de 20% du PMSS (soit 643,6€)
<b>Prévention - Autres</b>	
Cure Thermale remboursée par la SS	Forfait de 20% du PMSS (soit 643,6€) , 1 par an
Aliment nutritif	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Fécondation in vitro	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Podologie	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Consultation Chiropracteur	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Consultation Diététicienne	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Consultation Etiopathe	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Consultation Ostéopathe	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Consultation Psychologue	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Acupuncture	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Vaccin antigrippe	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Vaccin Non Remboursable	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)

Plafond commun : la limitation de la prestation (en nombre d'actes, en durée ou en montant) concerne et rassemble plusieurs garanties.

(1) Plafond commun - Limité à 180 jours

(2) Plafond commun - Limité à 365 jours

(3) Plafond commun - Plafond sur 1 an : 10% du PMSS

(4) Plafond commun - Plafond : 1500€ par an

En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

FR : Frais Réels.

RO : Participation du Régime Obligatoire.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année. Valeur du PMSS au 1er janvier 2016 : 3218€. Vous trouverez la valeur du PMSS en consultant : ameli.fr.

SS : Sécurité Sociale.

NR : Non Remboursable.

HN : Hors Nomenclature.

TM : Ticket Modérateur ; correspond à la partie de la Base de Remboursement (BR) restant à charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité Sociale.

Tarifs de convention : Tarifs des soins régis par conventions entre les professionnels de santé et les organismes de Sécurité sociale. Sur ces tarifs sont calculés les remboursements de la Sécurité Sociale et des assurances complémentaires santé.

Tarif d'autorité : Le tarif d'autorité est un barème tarifaire qui régit le remboursement des actes dispensés par un médecin n'ayant pas adhéré à une convention. En comparaison du Tarif de convention, le montant de remboursement du Tarif d'autorité est très faible.

CAS : Contrat d'Accès aux Soins, conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins en consultant : ameli-direct.fr.

Les taux de remboursement exprimés pour les garanties Pharmacie correspondent aux taux du régime général de la Sécurité sociale. Ces taux peuvent être différents pour certains régimes locaux ou spéciaux de Sécurité sociale.

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est <= à +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

**Les garanties respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du Bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale.**

**Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), l'organisme assureur prendra en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).**

**Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 30% et à 15% ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R322-1 6°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité sociale) sont exclus de cette obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont remboursés selon les conditions du contrat, si celui-ci les prévoit.**

(\*) : Les libellés mentionnés correspondent aux catégories assurées au titre de votre contrat et le cas échéant aux populations administratives telles qu'enregistrées par notre outil de gestion.

**LETTRE AVENANT  
AU(X) CONTRAT(S) D'ADHESION N° 707322  
souscrit par BNY MELLON ASSET MGNT INTERN.LTD**

**valant notice d'information complémentaire**

**PREAMBULE :**

La présente lettre avenant a pour objet de compléter l'avenant précédemment envoyé mettant le contrat en conformité avec le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, et le cas échéant avec le décret n°2014-1025 du 08 septembre 2014 dit « panier de soins ANI » pour les contrats collectifs obligatoires.

La présente lettre avenant valant par ailleurs notice d'information complémentaire constitue respectivement avec le contrat d'une part et la notice principale d'autre part un tout indissociable et indivisible.

**ARTICLE 1 : GARANTIES**

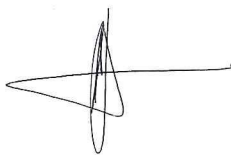
Le contrat a précédemment été aménagé afin de respecter le cahier des charges du contrat responsable. Le tableau de l'ensemble des garanties figure en annexe.

**ARTICLE 2 : DATE D'EFFET**

La présente lettre-avenant prend effet au **1er janvier 2016**.

Fait à Blois, le 18 novembre 2016

HUMANIS PREVOYANCE  
Jean-Baptiste TALABOT







## ANNEXE GARANTIES

# FLEXI-PREV SANTE

### GARANTIES SANTE

Ens Pers (\*)

A effet du 01/01/2016

Les garanties ci-après s'appliquent dans le cadre du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues au contrat.  
Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels.

GARANTIES	<b>BNY MELLON - SANTE</b> Contrat obligatoire Cette formule respecte le cahier des charges du contrat responsable
<b>Hospitalisation</b>	
Honoraires	CAS : 680% BR moins RO. NON CAS : 200% BR moins RO
Frais médicaux hospi. Médi.	680% BR moins RO
Frais de séjour	100% FR moins RO
Frais de séjour en non conventionné	90% FR moins RO
Chambre partic. hospi. Chirurgie	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour
Chambre particulière Psychiatrie	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour (1)
Chambre particulière en hospitalisation	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour (2)
Chambre particulière maternité	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour
Chambre particulière Ambulatoire	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour (2)
Lit + repas accomp. hospi. Chir.	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour Enfant de - 12 ans
Lit + repas accompagnant en Psy.	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour (1) Enfant de - 12 ans
Frais d'accompagnant hospitalisation	100% FR dans la limite de 5% du PMSS (soit 160,9€) par jour (2) Enfant de - 12 ans
Forfait hospitalier	100% FR
Franchise actes lourds 18 euros	100% FR
Pharmacie Hospi.	100% FR moins RO
<b>Soins de Ville</b>	
Consultations et Visites	CAS : 570% BR moins RO. NON CAS : 200% BR moins RO
Petite chirurgie et actes de spécialité	CAS : 570% BR moins RO. NON CAS : 200% BR moins RO
Imagerie médicale	CAS : 570% BR moins RO. NON CAS : 200% BR moins RO
Frais d'analyse et de laboratoire	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Auxiliaires Médicaux	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Prothèses auditives acceptées	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Appareillage	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Ostéodensitométrie remb. par la SS	CAS : 570% BR moins RO. NON CAS : 200% BR moins RO
Ostéodensitométrie non remb. par la SS	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Franchise actes lourds 18 euros	100% FR
<b>Pharmacie</b>	
Pharmacie 30%	100% BR moins RO
Pharmacie 65%	100% BR moins RO
Pharmacie 15%	100% BR moins RO
<b>Transport</b>	
Transport hors hospitalisation	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Transport hospitalisation	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
<b>Frais Dentaires</b>	
Acte de spécialité Dentaire	570% BR moins RO
Petite Chirurgie et Spécialité	570% BR moins RO
Parodontologie non remboursée	100% FR dans la limite de 645€ par acte (4)
Soins dentaires remboursés par la SS	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Inlays-Onlays remboursés par la SS	570% BR moins RO
Prothèse dentaire remboursée par la SS	570% BR moins RO
Prothèse transitoire NR : Couronne transitoire; Bridge Transitoire	100% FR dans la limite de 645€ par acte (4)
Prothèse dentaire non remboursée par SS	100% FR dans la limite de 645€ par acte (4)
Orthodontie remboursée par la SS	600% BR moins RO
Orthodontie non remboursée par la SS	100% FR dans la limite de 645€ par acte Prise en charge pour les enfants jusqu'à 20 ans, forfait par semestre
Implantologie remboursée par la SS	100% BR moins RO (4)
Implantologie non remboursée par la SS	100% FR dans la limite de 645€ par acte (4)

<b>GARANTIES</b>	<b>BNY MELLON - SANTE</b> Contrat obligatoire Cette formule respecte le cahier des charges du contrat responsable
<b>Frais Dentaires</b>	
Consultation dentaire	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
<b>Frais d'optique</b>	
<b>Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs (un équipement tous les ans)</b>	
Optique Monture	100% FR moins RO dans la limite de 150€ par acte , Plafond : 1 monture sur 2 ans à date d'achat
Verre : Verre simple; Verre complexe; Verre hyper complexe	100% FR moins RO dans la limite de 160€ par acte , Plafond : 2 verres sur 2 ans à date d'achat
Monture enfant (-18 ans)	100% FR moins RO dans la limite de 150€ par acte , Pfd sur 1an à date d'achat : 1 monture
Verre enfant (-18ans) : Verre simple; Verre complexe; Verre hyper complexe	100% FR moins RO dans la limite de 160€ par acte , Pfd sur 1an à date d'achat : 2 verres
Lentilles remboursées par la SS	100% FR moins RO , Plafond sur 1 an : 20% du PMSS
Lentilles non remboursées par la SS	100% FR , Plafond sur 1 an : 20% du PMSS
Intervention Myopie	100% FR dans la limite de 12% du PMSS (soit 386,16€) par acte , Limité à 2 yeux par an
<b>Maternité / Adoption</b>	
Prime adoption multiple	Forfait de 40% du PMSS (soit 1287,2€)
Prime Maternité Multiple	Forfait de 40% du PMSS (soit 1287,2€)
Prime naissance ou adoption	Forfait de 20% du PMSS (soit 643,6€)
<b>Prévention - Autres</b>	
Cure Thermale remboursée par la SS	Forfait de 20% du PMSS (soit 643,6€) , 1 par an
Aliment nutritif	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Fécondation in vitro	100% FR moins RO dans la limite de 500% de la BR
Podologie	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Consultation Chiropracteur	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Consultation Diététique	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Consultation Etiopathe	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Consultation Ostéopathe	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Consultation Psychologue	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Acupuncture	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Vaccin antigrippe	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)
Vaccin Non Remboursable	100% FR dans la limite de 2,5% du PMSS (soit 80,45€) par acte (3)

Plafond commun : la limitation de la prestation (en nombre d'actes, en durée ou en montant) concerne et rassemble plusieurs garanties.

(1) Plafond commun - Limité à 180 jours

(2) Plafond commun - Limité à 365 jours

(3) Plafond commun - Plafond sur 1 an : 10% du PMSS

(4) Plafond commun - Plafond : 1500€ par an

En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

FR : Frais Réels.

RO : Participation du Régime Obligatoire.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de l'année. Valeur du PMSS au 1er janvier 2016 : 3218€. Vous trouverez la valeur du PMSS en consultant : ameli.fr.

SS : Sécurité Sociale.

NR : Non Remboursable.

HN : Hors Nomenclature.

TM : Ticket Modérateur ; correspond à la partie de la Base de Remboursement (BR) restant à charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité Sociale.

Tarifs de convention : Tarifs des soins régis par conventions entre les professionnels de santé et les organismes de Sécurité sociale. Sur ces tarifs sont calculés les remboursements de la Sécurité Sociale et des assurances complémentaires santé.

Tarif d'autorité : Le tarif d'autorité est un barème tarifaire qui régit le remboursement des actes dispensés par un médecin n'ayant pas adhéré à une convention. En comparaison du Tarif de convention, le montant de remboursement du Tarif d'autorité est très faible.

CAS : Contrat d'Accès aux Soins, conclu entre l'Assurance maladie et les médecins exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement permanent ainsi que certains médecins exerçant en secteur 1. Vous trouverez le secteur d'exercice de votre médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins en consultant : ameli-direct.fr.

Les taux de remboursement exprimés pour les garanties Pharmacie correspondent aux taux du régime général de la Sécurité sociale. Ces taux peuvent être différents pour certains régimes locaux ou spéciaux de Sécurité sociale.

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est <= à +4,00 dioptries.

Verre complexe : verre simple foyer dont la zone est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est > à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif.

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

**Les garanties respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du Bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale.**

**Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), l'organisme assureur prendra en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).**

**Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 30% et à 15% ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R322-1 6°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité sociale) sont exclus de cette obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont remboursés selon les conditions du contrat, si celui-ci les prévoit.**

(\*) : Les libellés mentionnés correspondent aux catégories assurées au titre de votre contrat et le cas échéant aux populations administratives telles qu'enregistrées par notre outil de gestion.