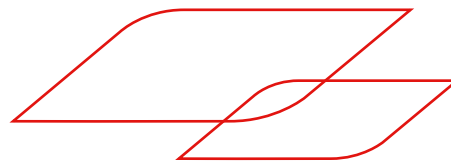


BARÈME DE REMBOURSEMENTS



ANI (GA_6200, GA_6201)

GE

GE1

GE2

GE3

GE4

GE5

HOSPITALISATION¹



FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER²

Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
--------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

HONORAIRES³

HONORAIRES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX (HORS CHIRURGIENS-DENTISTES)

Facturés par des médecins conventionnés adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁴	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Facturés par des médecins conventionnés non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁵	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Facturés par des médecins non conventionnés	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
Facturés par des professionnels médicaux non-médecins (sages-femmes)	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR

AUTRES HONORAIRES

Honoraires paramédicaux	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres honoraires facturés en plus des frais de séjour	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait sur actes dits « lourds »	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgences	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR

FRAIS DE SÉJOUR

Frais de séjour en secteur conventionné pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BRSS	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour en secteur non conventionné pour hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	70 % FR	70 % FR	90 % FR

AUTRES FRAIS

Hospitalisation à domicile	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Chambre particulière en secteur conventionné (par jour) ⁶	Néant	1.5 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Chambre particulière en secteur non conventionné (par jour) ⁶	Néant	1.5 % PMSS	4 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS	5 % PMSS
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans, par jour)	Néant	20 €	20 €	30 €	30 €	50 €
Frais de séjour en maisons de repos et de convalescence suite à hospitalisation (hors chambre particulière)	100 % BRSS	100 % BRSS	250 % BRSS	90 % FR	90 % FR	100 % FR
Transport médical hospitalier	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS

SOINS COURANTS



HONORAIRES MÉDICAUX

CONSULTATIONS ET VISITES MÉDICALES PAR MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Réalisées par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁴	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁵	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS

CONSULTATIONS ET VISITES MÉDICALES PAR MÉDECINS SPÉCIALISTES						
Réalisées par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁴	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁵	100 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS
CONSULTATIONS ET VISITES MÉDICALES PAR PROFESSIONNELS MÉDICAUX NON MÉDECINS						
Réalisées par des sages-femmes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	100 % FR
Réalisées par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties « soins dentaires »					
ACTES DE SPÉCIALITÉS (K), ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX (ATM)						
Réalisés par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁴	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁵	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Réalisés par des sages-femmes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties « soins dentaires »					
ACTES D'IMAGERIE (ADI), ACTES D'ÉCHOGRAPHIE (ADE)						
Réalisés par des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁴	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁵	100 % BRSS	100 % BRSS	130 % BRSS	180 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS
Réalisés par des sages-femmes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
Réalisés par des chirurgiens-dentistes	Voir garanties "soins dentaires"					
HONORAIRES PARAMÉDICAUX						
Auxiliaires médicaux conventionnés, remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE						
Analyses et examens de biologie médicale remboursés par la Sécurité sociale (y compris actes de prélèvements)	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400 % BRSS
MÉDICAMENTS						
Médicaments, vaccins, homéopathie, substituts nicotiniques et préparations magistrales remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % FR
Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants, contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire et sur prescription médicale)	Néant	Néant	50 €	75 €	75 €	150 €
Forfait substituts nicotiniques non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	Néant	60 €	80 €	80 €	100 €
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (limité par an et par bénéficiaire)	Néant	30 €	60 €	80 €	80 €	150 €
MATÉRIEL MÉDICAL						
Prothèse orthopédique, capillaire, petit et grand appareillage, autre dispositif médical remboursés par la Sécurité sociale non mentionné par ailleurs dans le tableau des garanties ⁷	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	500 % BRSS
AUTRES SOINS COURANTS						
Frais de transport non hospitalier	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Forfait sur actes dits « lourds »	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale.	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS

OPTIQUE⁸



ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ⁹

Monture de Classe A (adulte et enfant)	Frais intégralement remboursés					
Verre de Classe A (adulte et enfant)	Frais intégralement remboursés					

ÉQUIPEMENT OPTIQUE DE CLASSE B

Monture de Classe B (adulte et enfant)	50 €	95 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Verre de Classe B (adulte et enfant)	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique	cf. grille optique

LENTILLES DE CONTACT

Lentilles de contact, y compris jetables, remboursées par la Sécurité sociale (limite par an et par bénéficiaire)	100 % BRSS	4 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	11 % PMSS	12 % PMSS
Lentilles de contact, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale (limité par an et par bénéficiaire)	Néant	4 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS	11 % PMSS	12 % PMSS

AUTRES FRAIS

Chirurgie réfractive (limité par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	8 % PMSS/œil dans la limite de 16 % PMSS	12 % PMSS/œil dans la limite de 24 % PMSS	16 % PMSS/œil dans la limite de 32 % PMSS	25 % PMSS/œil dans la limite de 50 % PMSS
--	-------	-------	--	---	---	---

DENTAIRE¹⁰



SOINS¹¹

Soins dentaires (y compris consultations médicales, soins conservateurs, actes d'imagerie dentaire, d'endodontie, de prophylaxie, de chirurgie dentaire et parodontologie prises en charge par la Sécurité sociale, actes techniques médicaux)	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Inlay-Onlay du panier « Tarifs maîtrisés »	100 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS
Inlay-Onlay du panier « Tarifs libres »	100 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	500 % BRSS

SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ⁹

Prothèse dentaire fixe	Frais intégralement remboursés					
Couronne dentaire transitoire	Frais intégralement remboursés					
Inlay-Core	Frais intégralement remboursés					
Prothèse dentaire amovible (y compris de transition)	Frais intégralement remboursés					
Acte de réparation ou supplément de prothèse	Frais intégralement remboursés					
	Depuis le 01/01/2021 : Frais intégralement remboursés					

PROTHÈSES¹²

PANIER AUX « TARIFS MAÎTRISÉS »

Prothèse dentaire fixe	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Inlay-Core	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Acte de réparation ou supplément de prothèse	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS

PANIER AUX « TARIFS LIBRES »

Prothèse dentaire fixe	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Couronne dentaire transitoire	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Inlay-Core	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Prothèse dentaire amovible	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Acte de réparation ou supplément de prothèse	125 % BRSS	130 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	450 % BRSS
Implantologie	125 % BRSS	130 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS

ORTHODONTIE REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Orthodontie	125 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
-------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

SOINS, ÉQUIPEMENTS NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Prothèse dentaire et Inlay-core (par acte)	Néant	Néant	6 % PMSS	11 % PMSS	15 % PMSS	25 % PMSS
Parodontologie (limité par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	4 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS
Implantologie (limité par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	8 % PMSS	12 % PMSS	18 % PMSS	30 % PMSS
Orthodontie (limité par an et par bénéficiaire)	Néant	Néant	6 % PMSS	10 % PMSS	14 % PMSS	24 % PMSS

AIDES AUDITIVES¹³

ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ ⁹						
Aide auditive de Classe I (adulte et enfant)	Frais intégralement remboursés					
AIDE AUDITIVE DE CLASSE II						
Aide auditive de Classe II (adulte et enfant)	100 % BRSS dans la limite de 1 700 €	100 % BRSS dans la limite de 1 700 €	150 % BRSS dans la limite de 1 700 €	250 % BRSS dans la limite de 1 700 €	300 % BRSS dans la limite de 1 700 €	500 % BRSS dans la limite de 1 700 €
Allocation relative aux piles	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »					
Accessoires	Voir garanties « Aide auditive de Classe II »					

MÉDECINES DOUCES, NATURELLES OU ALTERNATIVES

Séance d'ostéopathie, acupuncture, chiropractie, microkinésithérapie, étiopathie, phytothérapie, mésothérapie, sophrologie	Néant	2 % PMSS	4 % PMSS	6 % PMSS	8 % PMSS	10 % PMSS
Consultation de diététicien, podologue, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, homéopathe, naturopathe non remboursée par la Sécurité sociale (Limité par an et par bénéficiaire)						

AUTRES PRESTATIONS

CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE						
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (limité par an et par bénéficiaire)	Néant	5 % PMSS	10 % PMSS	12,5 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS
ALLOCATION						
Allocation naissance - adoption (doublée en cas de naissance gemellaire)	Néant	5 % PMSS	10 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS	25 % PMSS

SERVICES

Tiers payant étendu
Téléconsultation médicale
Protection juridique médicale
Assistance

SPÉCIAL ENFANTS

Pédiatres adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁴	100 % BRSS	100 % BRSS	200 % BRSS	250 % BRSS	350 % BRSS	100% FR
Pédiatres non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁵	100 % BRSS	100 % BRSS	180 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	200% BRSS
Orthophonistes, orthoptistes	100 % BRSS	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	200 % BRSS	400% BRSS
Consultation diagnostic en diététique (limité par an et par bénéficiaire de moins de 12 ans)	Néant	Néant	60 €	75 €	75 €	150 €

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



Bénéficiaires : assuré, conjoint, partenaire de PACS, concubin notoire et enfants à charge.

Les limites de remboursement s'entendent sous déduction des remboursements de la Sécurité sociale, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et intègrent le remboursement du régime obligatoire. Elles sont accordées dans la limite des frais réels. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité sociale.

Les montants exprimés en euros représentent des plafonds versés en plus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés. Toutes les prestations exprimées « par an » s'entendent par année d'adhésion.

Les prestations exprimées en « %FR » sont accordées dans la limite des frais réels et intègrent le remboursement éventuel du régime obligatoire. La participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs pris en charge par l'Assurance maladie de l'ensemble des dépenses de santé est couverte intégralement (y compris pour les frais de cure thermale lorsqu'ils sont pris en charge dans le tableau de remboursement ci-dessus).

- BRSS = Base de remboursement de la Sécurité sociale. En secteur non conventionné, la base de remboursement est celle appliquée en secteur non conventionné par la Sécurité sociale.
- FR = Frais réels, correspondant à la dépense de santé réellement engagé par l'assuré.
- PMSS = Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

(1) Dans le cadre d'une hospitalisation, les suppléments tels que taxes, droits d'entrée, suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde, téléphone, télévision et pourboires ne sont jamais remboursés par Generali.

Les séjours en sanatorium ou en préventorium ou dans des établissements tels que aérums, maison de repos, maison d'enfants à caractère sanitaire, agréés par la Sécurité sociale sont compris dans la garantie.

En cas de maternité, les frais pris en charge par cette garantie sont ceux imputables aux frais d'hospitalisation liés à l'accouchement dans la limite des frais réels.

(2) Lorsque vous relevez du régime Alsace-Moselle, ce poste est pris en charge par votre régime obligatoire. Pour les maisons de repos et de convalescence, prise en charge du forfait journalier dans la limite de 30 jours par bénéficiaire et par année d'assurance.

(3) Facturés en plus des frais de séjour, pour certains types d'établissements.

(4) Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : il s'agit des médecins ayant choisi d'adhérer à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Ces médecins sont signataires de la convention médicale et exercent en secteur 1 ou 2. Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée se rapportent à deux options qui sont, selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), ou l'option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie obstétrique (OPTAM-CO) pour les médecins exerçant en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

(5) Médecins non-adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : il s'agit des médecins, conventionnés ou non, qui n'ont adhéré ni à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ni à l'option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie obstétrique (OPTAM-CO).

(6) En cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie) : prise en charge de la chambre particulière et des frais de séjours dans la limite de 30 jours par bénéficiaire et par année d'assurance.

(7) Appareil assistance respiratoire, appareil générateur d'aérosol, appareillage ventilation pression positive continue, dispositif médical, implant inerte, implant mu par électricité, matériel et appareil de contention, matériel et appareil de traitement DIV, prothèses extérieures non orthopédiques, prothèses internes et accessoires, prothèses oculaires, véhicule pour handicapés physiques, etc.

(8) Le remboursement des frais d'optique est limité à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par bénéficiaire et par période de 2 ans. À titre d'exception, les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue pour lesquels un équipement pourra être remboursé tous les ans. Dans cette dernière hypothèse, une ordonnance sera exigée.

(9) Tels que définis réglementairement, le montant des remboursements des soins et équipements 100 % santé s'applique dans la limite du prix limite de vente sur l'optique et les aides auditives et dans la limite des honoraires limite de facturation pour le dentaire, en vigueur à la date des soins.

(10) Les prothèses afférentes au Panier « Tarifs maîtrisés » et « Tarifs libres », l'orthodontie ainsi que les soins non remboursés par la Sécurité sociale sont limités à 11 % du plafond annuel de la Sécurité sociale par année civile.

Le cumul ne comprenant pas les soins dentaires, ni les équipements et soins prothétiques du 100 % Santé. Une fois ce plafond atteint, la prise en charge des soins et des équipements prothétiques des paniers « Tarifs maîtrisés » et « Tarifs libres » (hors 100 % Santé) remboursés par la Sécurité sociale est de 125 % du BRSS.

En cas d'appareil dentaire comprenant des dents visibles et non visibles, le remboursement sera effectué sur la base des dents visibles.

Les actes dentaires correspondant à des actes hors nomenclature ne sont pas remboursés par la compagnie.

(11) Si soins réalisés par un stomatologue, voir garanties « Actes de spécialités » dans les soins courants.

(12) Équipement remboursés par la Sécurité sociale, n'appartenant pas à la catégorie 100 % Santé.

Le montant des remboursements du panier « Tarifs maîtrisés » s'applique dans la limite des honoraires limite de facturation, en vigueur à la date des soins.

(13) Le remboursement des frais auditifs est limité à l'acquisition d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, par bénéficiaire et par période de 4 ans.



NOUVELLE GRILLE OPTIQUE

	ANI	G1	G2	G3	G4	G5
MYOPIE OU HYPERMÉTROPIE (VERRE SIMPLE Foyer SPHÉRIQUE)	EN EUROS PAR VERRE					
Sphère de -6,00 à +6,00	25 €	45 €	60 €	80 €	95 €	125 €
Sphère hors zone de -6,00 à +6,00	75 €	95 €	155 €	220 €	220 €	250 €

ASTIMAGTISME (VERRE SIMPLE Foyer SPHÉRO-CYLINDRIQUE)	EN EUROS PAR VERRE					
SPHÈRE < 0 (CAS DE MYOPIE)						
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère de -6,00 à 0	25 €	60 €	80 €	95 €	125 €	155 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00, sphère inférieure à -6,00	75 €	125 €	280 €	300 €	300 €	300 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -6,00 à 0						
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -6,00						
SPHÈRE > 0 (CAS D'HYPERMÉTROPIE)						
Somme sphère + cylindre inférieure ou égale à +6,00 ¹	25 €	60 €	80 €	95 €	125 €	155 €
Somme sphère + cylindre supérieure à +6,00 ¹	75 €	125 €	280 €	300 €	300 €	300 €

PRESBYTIE (VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRIQUES)	EN EUROS PAR VERRE					
Sphère de -4,00 à +4,00	75 €	80 €	95 €	110 €	140 €	185 €
Sphère hors zone de -4,00 à +4,00	75 €	185 €	280 €	310 €	310 €	350 €

PRESBYTIE ET ASTIGMATISME (VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS SPHÉRO-CYLINDRIQUES) QUELLE QUE SOIT LA PUISSANCE DU CYLINDRE	EN EUROS PAR VERRE					
	SPHÈRE < 0 (CAS DE MYOPIE)					
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et sphère de -8,00 à 0	75 €	80 €	110 €	125 €	170 €	220 €
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et sphère inférieure à -8,00	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère de -8,00 à +0	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
Cylindre supérieur à +4,00, sphère inférieure à -8,00	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €
SPHÈRE > 0 (CAS D'HYPERMÉTROPIE)						
Somme sphère+cylindre inférieure ou égale à +8,00 ¹	75 €	80 €	110 €	125 €	170 €	220 €
Somme sphère+cylindre supérieure à +8,00 ¹	75 €	250 €	350 €	350 €	350 €	350 €

(1) La correction optique correspond à la correction optique maximale en valeur absolue, à savoir :
- la valeur absolue de la sphère pour les verres sphériques ;
- la valeur absolue de la sphère pour les verres sphéro-cylindriques de sphère négative (correcteur de myopie) ;
- la somme S = sphère + cylindre pour les verres sphéro-cylindriques de sphère positive (correcteur d'hypermétropie) ;
Niveau 1 = [0;2], Niveau 2 = [2;4], Niveau 3 = [4;6], Niveau 4 = [6;8], Niveau 5 = [8;12], Niveau 6 = ≥12.

Document non contractuel à caractère publicitaire.

Les garanties peuvent donner lieu à exclusions, limitations et franchises. Pour connaître le détail, l'étendue et les conditions de garantie, reportez-vous aux dispositions générales et particulières du contrat. La souscription d'un contrat ou de certaines garanties demeure soumise aux règles d'acceptation des risques de l'assureur.

Les contrats d'assurance **La Santé Entreprise et La Santé Salarié** sont assurés par **Generali Vie** - Société Anonyme au capital de 341 059 488 euros. Entreprise régie par le Code des Assurances - 602 062 481 RCS Paris. N° d'identification unique ADEME FR232327_01NBYI. Siège social : 89 rue Taitbout - 75009 Paris.

Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Les prestations d'assistance sont assurées par **Europ Assistance**.

Europ Assistance - Société Anonyme au capital de 61 712 744 €. Entreprise régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 89 rue Taitbout - 75009 Paris. Numéro ADEME-IDU : FR398967_01DJMJ1.



GENERALI



EUROP ASSISTANCE

SG2340LFAC-25 - RAO/LFAC - Décembre 2025 - Studio Graphique