

Formule SENIORS

Valable à partir du 1^{er} janvier 2026
Régime Général



HOSPITALISATION

EN SECTEUR CONVENTIONNÉ OU NON CONVENTIONNÉ⁽¹⁾

■ Honoraires praticiens (chirurgiens⁽²⁾ et anesthésistes)

- Signataires d'un dispositif de maîtrise tarifaire (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM ou Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique - OPTAM-ACO)
- Non signataires d'un dispositif de maîtrise tarifaire (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM ou Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique - OPTAM-ACO)

■ Chambre particulière

- Chambre particulière – par nuit⁽⁴⁾
- Chambre particulière en ambulatoire - par jour

■ Forfait "actes lourds"⁽³⁾

■ Frais de séjour

■ Forfait journalier hospitalier⁽⁵⁾

■ Forfait patient urgences⁽⁶⁾

■ Transports

Forfait complémentaire hospitalisation (chambre particulière et dépassements d'honoraires) - à partir de l'année suivant la 1^{re} année d'assurance :

■ 2^e année d'assurance

■ 3^e année d'assurance

■ 4^e année d'assurance

■ 5^e année d'assurance et au-delà

SERVICES

- **Assistance**** : aide à domicile, auxiliaire à domicile, garde des enfants, des ascendants et des animaux de compagnie, visite d'un proche, téléassistance, ...



■ Réseau de soins :

- Avant l'hospitalisation : 2^{ème} avis médical, analyse de devis hospitalier, classement des meilleurs établissements hospitaliers
- Après l'hospitalisation : prise de rendez-vous avec une infirmière à domicile ou un coach en activité physique adaptée (APA)



■ Tiers payant



SOINS COURANTS

HONORAIRES

■ Honoraires médicaux généralistes et spécialistes

- Signataires d'un dispositif de maîtrise tarifaire (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM ou Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique - OPTAM-ACO)
- Non signataires d'un dispositif de maîtrise tarifaire (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM ou Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique - OPTAM-ACO)

Régime
Obligatoire*

NIVEAU ①
+
Régime
Obligatoire*

80 % ou 100 %

100 %

80 % ou 100 %

100 %

Néant

Néant

Néant

Néant

Néant

Frais réels

80 % ou 100 %

100 %

Néant

Frais réels

Néant⁽⁷⁾

Frais réels⁽⁷⁾

45% à 55%

100 %

75 €

125 €

175 €

225 €

Inclus

Inclus

Inclus

Inclus

Inclus

Inclus

70 %

100 %

70 %

100 %

Les garanties exprimées en % s'appliquent à la base de remboursement du Régime Obligatoire* (% BRSS).

*Régime d'Assurance Maladie Obligatoire. **Dans les conditions et limites prévus par le contrat. (1) En secteur non conventionné, la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) correspond au tarif d'autorité du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire et les praticiens sont non signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. (2) Y compris chirurgie dentaire. (3) Le forfait acte lourd est la participation forfaitaire de l'assuré laissée à sa charge par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire pour les actes dont le tarif de remboursement par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire est supérieur à 120 euros. (4) Limitée à 90 jours par an en Psychiatrie. (5) Le forfait journalier hospitalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées. (6) Le forfait patient urgences est facturé par l'établissement de santé en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. (7) Sauf pour les situations d'exonération prévues au Code de la Sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge intégrale par le Régime Obligatoire.

	Régime Obligatoire*	NIVEAU ① + Régime Obligatoire*
▪ Honoraires de psychologues remboursés par le Régime Obligatoire* ⁽⁸⁾	60 %	100 %
▪ Honoraires paramédicaux	60 %	100 %
IMAGERIE MÉDICALE ET ACTES TECHNIQUES		
▪ Praticiens signataires d'un dispositif de maîtrise tarifaire (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM ou Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique - OPTAM-ACO)	70 %	100 %
▪ Praticiens non signataires d'un dispositif de maîtrise tarifaire (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM ou Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique - OPTAM-ACO)	70 %	100 %
▪ Analyses et examens de laboratoire	60 %	100 %
MÉDICAMENTS		
▪ Médicaments remboursés à 65 % par le Régime Obligatoire*	65 %	100 %
▪ Médicaments remboursés à 30 % par le Régime Obligatoire*	30 %	30 %
▪ Médicaments remboursés à 15 % par le Régime Obligatoire*	15 %	15 %
▪ Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire*	Néant	Néant
PROTHÈSES		
▪ Prothèse capillaire remboursée par le Régime Obligatoire*	100 %	100 %
▪ Prothèse mammaire remboursée par le Régime Obligatoire*	100 %	100 %
Matériel médical (pansements, matériel de contention, aide au maintien à domicile et à la vie des malades) ⁽⁹⁾	60 % ou 100 %	100 %
SERVICES		
▪ Assistance** : téléconseil santé	 Inclus	Inclus
▪ Réseau de soins : • 2 ^{ème} avis médical, analyse de symptômes, conseils en automédication, prise de rendez-vous avec une infirmière à domicile	 Inclus	Inclus
▪ Tiers payant	Inclus	Inclus
		
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ (monture et verres tels que définis par la réglementation)		
▪ Hors réseau Santéclair		
• Forfait Monture	18 % PLV (60 % BRSS)	Aucun reste à charge ⁽¹⁰⁾
• Forfait Verre	18 % PLV (60 % BRSS)	Aucun reste à charge ⁽¹⁰⁾
▪ Suppléments verres :		
• Appairage de verre d'indice et réfraction différent, verres avec filtre	90 %	Aucun reste à charge ⁽¹¹⁾
• Adaptation de la correction visuelle	90 %	Aucun reste à charge ⁽¹¹⁾
▪ Dans le réseau Santéclair : Offreclair 		Frais réels

Les garanties exprimées en % s'appliquent à la base de remboursement du Régime Obligatoire* (% BRSS).

*Régime d'Assurance Maladie Obligatoire. **Dans les conditions et limites prévus par le contrat. ***Optique : possibilité de choisir la monture en classe Équipement 100 % santé ou hors Équipement 100 % santé et de prendre les verres dans l'autre classe. Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 24 mois glissants. Cette période est ramenée à 12 mois (glissants), pour les verres uniquement, en cas d'évolution de la correction optique selon certains critères. Pour les enfants de plus de 6 ans et moins de 16 ans : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 12 mois glissants. Aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas de dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale. Pour les enfants jusqu'à 6 ans : prise en charge possible au terme d'une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de l'enfant et entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans tous les cas : aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas d'évolution liée à des situations médicales particulières, sous réserve d'une prescription médicale d'un ophtalmologiste. Lors d'un achat d'un équipement (monture + 2 verres) espacé dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de délivrance du dernier élément (monture ou verre). La prise en charge de 2 équipements simultanés est possible dans certains cas particuliers, sous réserve d'une ordonnance de l'ophtalmologiste le précisant. (8) Limité à 8 séances par an et par bénéficiaire, dont une séance d'entretien d'évaluation. (9) Autres appareillages : aides au maintien à domicile et à la vie des malades (lits médicaux, fauteuils médicaux à la location...), orthèses (ceintures médicales et corsets, colliers cervicaux, contention des membres...), pansements et matériels de contention. (10) Dans la limite du PLV et si respect de la période renouvellement. PLV = Prix Limite de Vente des dispositifs et des prestations d'optique médicale inscrits sur la Liste prévue à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale et fixé par l'arrêté publié au JO du 6 avril. (11) Offre valable dans le réseau des Opticiens Santéclair.

	Régime Obligatoire*	NIVEAU ① + Régime Obligatoire*
HORS ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ (monture et verres n'appartenant pas à l'équipement 100 % santé)		
• Forfait Monture	0,03 €	40 € + TM
• Verre simple	0,03 €	50 € + TM
• Verre complexe et très complexe	0,03 €	100 € + TM
▪ Suppléments verres		
• Adaptation de la correction visuelle	60 %	100 %
• Autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verre iséiconique)	60 %	100 %
▪ Lentilles		
• Lentilles remboursées par le Régime Obligatoire* - forfait annuel ⁽¹²⁾	60 %	100 %
• Lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire* - forfait annuel ⁽¹²⁾	Néant	Néant
▪ Chirurgie réfractive (par œil) ou implant ophtalmologique de nouvelle génération	Néant	Néant
SERVICES		
▪ Réseau de soins :		
• Réseaux conventionnés : opticiens, centres d'ophtalmologie, centres de chirurgie laser réfractive		Inclus
• Service d'accompagnement et d'orientation : analyse de devis optique, prise de rendez-vous rapide en ophtalmologie		
▪ Tiers payant	Inclus	Inclus
		
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ (soins et prothèses)		Aucun reste à charge ⁽¹³⁾
HORS ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ		
▪ Soins remboursés	60 %	100 %
Prothèses remboursées par dent⁽¹²⁾ :		
▪ Prothèses mobiles	60 %	150 %
• Inlay-core	60 %	150 %
• Bridge (y compris intermédiaire - jusqu'au 3°)	60 %	100 %
• Intermédiaire de bridge au-delà du 3° bridge	60 %	100 %
▪ Forfait complémentaire couronne		
• Couronne 1 ^{re} année d'assurance	60 %	100 %
• Couronne 2 ^e année d'assurance	60 %	100 %
• Couronne 3 ^e année d'assurance et au-delà	60 %	100 %
Orthodontie		
▪ Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire*	60 % ou 100 %	100 % + 100 €
▪ Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire* - forfait par semestre	Néant	100 €
Parodontologie		
▪ Parodontologie remboursée par le Régime Obligatoire*	60 %	100 %
▪ Parodontologie non remboursée par le Régime Obligatoire*	Néant	Néant
Implantologie		
▪ Implantologie remboursée par le Régime Obligatoire*	100 %	100 %
▪ Implantologie non remboursée par le Régime Obligatoire* - forfait annuel	Néant	Néant

Les garanties exprimées en % s'appliquent à la base de remboursement du Régime Obligatoire* (% BRSS).

*Régime d'Assurance Maladie Obligatoire. ****Dentaire : le plafond annuel s'applique sur les prothèses dentaires, la parodontie et l'orthodontie non remboursées par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire. (12) Par an et par bénéficiaire. (13) Dans la limite du PLV. PLV = Prix Limite de Vente honoraires limites de facturation des actes pouvant faire l'objet d'une entente directe sans reste à charge selon la convention nationale dentaire du 21 juin 2018.

	Régime Obligatoire*	NIVEAU ① + Régime Obligatoire*
Plafond annuel prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie - hors prothèses 100 % santé⁽¹⁰⁾		
• 1 ^{re} année d'assurance	Néant	Néant
• 2 ^e année d'assurance	Néant	Néant
• 3 ^e année d'assurance et au-delà	Néant	Néant
SERVICES		
■ Réseau de soins : • Réseaux conventionnés : dentistes, cabinets spécialisés en implantologie dentaire • Service d'accompagnement et d'orientation : analyse de devis dentaire	 Inclus	Inclus
■ Tiers payant	Inclus	Inclus
 AIDES AUDITIVES*****		
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ - une fois tous les 4 ans - par oreille	 60 %	Aucun reste à charge ⁽¹⁴⁾
HORS 100% SANTÉ - une fois tous les 4 ans - par oreille :		
■ Aides auditives		
• Aides auditives moins de 20 ans et les personnes atteintes de cécité	840 €	1 400 €
• Aides auditives adulte	240 €	400 €
■ Piles, entretien et réparation	60 %	100 %
■ Bilan auditif	Néant	Néant
SERVICES		
■ Réseau de soins : • Réseaux conventionnés : audioprothésistes • Services d'accompagnement et d'orientation : analyse de devis aides auditives	 Inclus	Inclus
■ Tiers payant	Inclus	Inclus
 PACK SENIORS		
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE		
■ Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, microkinésithérapeute, diététicien, pédicure-podologue, psychomotricien - par bénéficiaire et par an*****	Néant	Néant
SERVICES		
■ Réseau de soins : • Réseaux conventionnés : ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens • Services d'accompagnement et d'orientation : coaching alimentation, coaching sommeil	 Inclus	Inclus
■ Tiers payant	Inclus	Inclus
PRÉVENTION		
■ Vaccins		
• Vaccins remboursés par le Régime Obligatoire*	65 % ou 30 %	100 %
• Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire* ⁽¹²⁾ hors vaccin anti-grippal (dont vaccins du voyageur, zona, méningocoque, pneumocoque, gastro-entérite, varicelle)	Néant	50 €
• Vaccin antigrippal limité à 1 vaccin par bénéficiaire et par an	Néant	Néant
■ Accompagnement à l'arrêt du tabac remboursé par le Régime Obligatoire*	65 %	100 %
■ Ostéodensitométrie acceptée par le Régime Obligatoire*	70 %	70 %
■ Assistance** : aide à domicile, garde des enfants, informations en puériculture, service de soutien psychologique	 Inclus	Inclus

Les garanties exprimées en % s'appliquent à la base de remboursement du Régime Obligatoire* (% BRSS).

*Régime d'Assurance Maladie Obligatoire. **Dans les conditions et limites prévus par le contrat. *****Aides auditives : Le remboursement de l'aide auditive s'effectue, dans la limite du prix limite de vente pour la classe Équipement 100 % santé (classe 1) et du plafond de remboursement (AMO+mutuelle) de 1 700 € / oreille hors de la classe Équipement 100 % santé (classe 2). *****Médecine complémentaire dispensée par des praticiens ayant obtenu un diplôme universitaire ou d'un institut agréé par l'État. (10) Dans la limite du PLV et si respect de la période renouvellement. PLV = Prix Limite de Vente des dispositifs et des prestations d'optique médicale inscrits sur la Liste prévue à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale et fixé par l'arrêté publié au JO du 6 avril. (12) Par an et par bénéficiaire. (14) PLV = Prix Limite de Vente des aides auditives au chapitre 3 du titre II de la LPP.

	Régime Obligatoire*	NIVEAU ① + Régime Obligatoire*
HOSPITALISATION		
■ Lit accompagnant d'un assuré de plus de 70 ans - par nuit	Néant	Néant
Cures thermales acceptées⁽¹²⁾ :		
■ Honoraires et traitements acceptés par le Régime Obligatoire*	70 %	70 %
■ Frais de transport, hébergement - forfait annuel par assuré - 1 ^{re} année d'assurance	Néant	Néant
■ Frais de transport, hébergement - forfait annuel par assuré - 2 ^e année d'assurance	Néant	Néant
■ Frais de transport, hébergement - forfait annuel par assuré - 3 ^{ème} année d'assurance et au delà	Néant	Néant

Les garanties exprimées en % s'appliquent à la base de remboursement du Régime Obligatoire (% BRSS).*

*Régime d'Assurance Maladie Obligatoire. (12) Par an et par bénéficiaire.



Document contractuel - Contrat souscrit auprès de CNP Assurances Santé Individuelle, Société Anonyme au capital de 3 336 000 €. Siège social : 4 Promenade Cœur de ville, 92130, Issy-les-Moulineaux. RCS Nanterre 440165 041. Entreprise régie par le Code des assurances. IDU EMP FR233211_01MKXU.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Société anonyme, au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° 433 012 689, identifiant unique ADEME : FR329780_01LOPR, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD CEDEX.

SANTÉCLAIR - SA au capital de 4 336 711 €. Siège social : 7 mail Pablo Picasso 44046 Nantes CEDEX 01. 482 704 977 RCS Nantes.