

NOUS CONTACTER

VOTRE CONSEILLER AXA ÉPARGNE ET PROTECTION

CABROL JEAN-MARIE

4 Rue Des Cigales

12510 OLEMPES

☎ **06 07 32 54 31**

@ **jeanmarie.cabrol@axa.fr**



Assurance et Banque

MME MATHILDE LAVIOLETTE
TOURNIE
46270 FELZINS

LE 15 NOVEMBRE 2023

VOS RÉFÉRENCES

Document à conserver

Votre adhésion
0000011186845504

Formule
Ma Santé 125% Néo

Module
Hospi + OptiqueDentaire

Votre référence Client
0830864977

Date d'effet **20/12/2023**

Vos services en ligne

Gagnez du temps en utilisant
votre Espace Client sur
axa.fr ou l'**appli Mon AXA**



Votre + AXA

Vos garanties Optique et
Dentaire augmentent
avec le temps
(selon votre tableau de garanties)

INFORMATION PRÉALABLE A VOTRE ADHESION

au contrat d'assurance complémentaire Ma Santé



Ce document est établi en application des articles L112-3 et L113-2 du Code des assurances relatifs à la déclaration du risque.

Ce document permet à votre Conseiller de vous conseiller un contrat qui est cohérent avec vos exigences et vos besoins et de vous préciser les raisons qui motivent ce conseil en application des articles L.521-3 et L.521-4 avant votre adhésion au contrat.

Votre Conseiller est rémunéré par AXA France pour la distribution de produits d'assurance. Cette rémunération est composée d'une partie fixe et d'une partie variable, ainsi que d'autres avantages monétaires ou non monétaires

LES DONNÉES QUE VOUS NOUS AVEZ COMMUNIQUÉES SUR VOUS, ADHÉRENT AU CONTRAT

Civilité : **MME**
Prénom : **MATHILDE**
Nom : **LAVIOLETTE**
Date de naissance : **19/08/1994**
Lieu de naissance : **FRANCE**
Adresse de résidence : **TOURNIE 46270 FELZINS**
Téléphone portable : **0678135994**
Email : **MATHILDE.LAFON4@HOTMAIL.FR**

QUELS SONT VOS EXIGENCES ET BESOINS ?

Quelle est votre situation actuelle ?

- ☐ Je n'ai pas de couverture Complémentaire santé correspondant à mon besoin ni par un contrat individuel ni par un contrat collectif (souscrit par mon employeur)
- ☒ Je souhaite changer de Complémentaire santé

Je souhaite souscrire une Complémentaire santé et être couvert pour :

- Mes frais d'hospitalisation uniquement : ☐ Oui / ☒ Non
- Mes frais d'hospitalisation et de soins courants sans dépassement d'honoraire : ☐ Oui / ☒ Non
- Mes frais d'hospitalisation et de soins courants en tenant compte des dépassements d'honoraires : ☒ Oui / ☐ Non

A quelle date souhaitez-vous que prennent effet vos garanties ?

Je souhaite être couvert à partir du 20 décembre 2023.

QUESTIONNAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE PRÉALABLE À L'ADHÉSION À VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Ce questionnaire est établi en application des articles L112-3 et L113-2 du Code des assurances relatifs à la déclaration du risque.

Quelles sont les personnes que je souhaite assurer ?

PRÉNOM NOM ET ACTIVITÉ	DATE DE NAISSANCE	RÉGIME
MATHILDE LAVIOLETTE Autre professionnel libéral santé	19/08/1994	TNS Régime général
MILA LAVIOLETTE Enfant, scolaire ou étudiant	07/06/2022	TNS Régime général

Votre département de résidence à la souscription du contrat est le 46.

Vous ou vos assurés avez dû répondre à un questionnaire de santé ? ☐ Oui / ☒ Non

VOS DÉCLARATIONS COMPLÉMENTAIRES

.....

.....

.....

LES DÉCLARATIONS COMPLÉMENTAIRES DE VOTRE CONSEILLER :

.....

.....

.....

PROPOSITION DE CONTRAT D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Compte tenu des éléments d'informations que vous nous avez communiqués, le contrat d'assurance **Complémentaire santé Ma Santé** d'AXA France constitue une solution adaptée au regard de votre situation et des besoins que vous avez exprimés.

LES GARANTIES DU CONTRAT D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTE ET VOS CHOIX

Les définitions des garanties du produit Ma Santé sont disponibles dans la Notice d'information qui vous est remise lors de cet entretien sur le support durable de votre choix, y compris par envoi à votre adresse e-mail.

En fonction de vos besoins, nous vous avons présenté les formules allant de Ma Santé 100% Néo à Ma Santé 150% Néo.

Après en avoir discuté avec mon Conseiller, dans un compromis me satisfaisant entre le coût de l'assurance et mon besoin de couverture santé, j'ai choisi une garantie couvrant l'ensemble des dépenses prises en charge par le régime obligatoire à **l'exception des médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange) et des cures thermales**. Cette couverture couvre tout ou partie des dépassements d'honoraires.

J'ai choisi une garantie qui prend en charge le "100% santé".

Cette formule est le contrat **Ma Santé 125% Néo avec Module Hospi + OptiqueDentaire**.



Le tableau complet des garanties en rapport à la solution retenue vous est présenté en annexe.

La présentation des garanties de toutes les formules de la gamme Ma Santé est disponible sur le site axa.fr.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Vous trouverez ci-dessous les informations générales relatives à l'ensemble des contrats d'assurance complémentaire santé d'AXA France, conformément à l'article 5 de Loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019.

Ratio frais de gestion/cotisations HT : 18.86 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Ratio prestations/cotisations HT : 82.67 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ce à quoi vous consentez en le signant.**

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les

clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). **Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle vous avez signé votre contrat.**

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez axa.fr/donnees-personnelles.html

DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Je suis informé de mon droit à m'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site bloctel.gouv.fr

FINALITÉ DU RECUEIL DES DONNÉES ET CONSÉQUENCES D'UNE INEXACTITUDE OU D'UNE OMISSION

Je reconnais avoir été informé(e) :

- que les données contenues dans le présent document sont nécessaires à l'établissement par mon Conseiller d'une ou plusieurs proposition(s) de contrat(s) d'assurance à un tarif adapté à ma demande ;
- du caractère obligatoire des réponses aux questions posées dans ce document pour l'établissement de mon contrat d'assurance ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévue aux articles L. 113.8 (nullité du contrat d'assurance) et L.113.9 (majoration de la cotisation ou application de la règle proportionnelle) du Code des Assurances.

Je reconnais :

- que j'ai répondu aux questions posées avant l'adhésion à mon contrat. A partir de ces éléments et des déclarations effectuées dans le présent document, mon Conseiller a établi un projet de contrat d'assurance correspondant à mes besoins et exigences et dont les documents suivants m'ont été remis avant la signature de mon adhésion :
 - Notice d'information 975005A
 - l'information sur le tarif
 - le document d'information sur le produit d'assurance.

RÉCLAMATIONS

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser à votre Conseiller dont les coordonnées figurent dans le présent document ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations :

- Via le formulaire de contact sur axa.fr ou en ligne depuis votre Espace Client AXA
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **AXA France - Service Réclamations - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9**

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de 10 jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

MÉDIATION

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- 2 mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part

- et, en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite

Cette saisine peut se faire :

- par **voie électronique** sur le site mediation-assurance.org
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.**

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

Je suis informé qu'AXA France peut utiliser les informations me concernant pour la publicité d'offres d'assurance, banque et assistance ou analogues, à laquelle je peux m'opposer en cochant la case ci-contre ☒

Fait en double exemplaire à OLEMPS, le 15 novembre 2023.

Signature du souscripteur

Votre Conseiller JEAN-MARIE CABROL

ANNEXE : VOS GARANTIES DANS LA FORMULE CHOISIE

Votre formule : Ma Santé 125% Néo avec Module Hospi + OptiqueDentaire

Les mots ou expressions soulignés sont définis dans le chapitre Lexique de votre Notice d'information.

Bien comprendre votre tableau de garanties

- Nous prenons en charge uniquement les frais qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties.
- Vos garanties sont exprimées en **pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale**, en forfait en euros ou une combinaison des deux.
 - **Les pourcentages intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.** Notre remboursement couvre la différence entre le taux remboursé par la Sécurité sociale et le taux affiché.
 - Les forfaits exprimés en euros s'entendent **par assuré**. Lorsqu'ils sont définis par an, il s'agit de l'année d'assurance. Ils viennent en complément des remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie français sauf indication spécifique. Ces forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.
- Les garanties "100% santé" et les garanties à tarifs limités ou libres ne se cumulent pas.
- Les garanties du tableau sont explicitées dans votre Notice d'information.

Bon à savoir

- Le total des remboursements que vous percevez ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés.
- La participation forfaitaire ainsi que les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports ne sont pas prises en charge
- Si vous ne respectez pas le parcours de soins, nous ne prenons pas en charge l'ensemble des pénalités appliquées par la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur, augmentation autorisée des tarifs conventionnels).

Des exclusions et des limitations de garanties générales sont indiquées dans votre Notice d'information. Pour les soins à l'étranger, se reporter à la rubrique "Soins à l'étranger" dans votre Notice d'information.

HOSPITALISATION		
Honoraires		
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	220% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	400% ⁽¹⁾
Honoraires des médecins (y compris chirurgiens) n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	1 ^{re} année	200% ⁽¹⁾
	2 ^e année et +	200% ⁽¹⁾
⁽¹⁾ Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100%, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.		
Frais de séjour		
Ticket modérateur sur le prix de journée ou sur les actes peu coûteux, participation forfaitaire pour les actes coûteux		
- En établissement conventionné		Frais réels
- En établissement non conventionné		100%
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
Chambre particulière et lit pour accompagnant		
Chambre particulière non remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		
- avec nuitée		90 €/jour
- sans nuitée (en ambulatoire)		45 €/jour
Lit pour accompagnant non remboursé par la Sécurité sociale		15 €/jour
Confort à l'hôpital		
Télévision, connexion internet, téléphone (dans la limite de 30 jours par année d'assurance en moyen séjour)		10 €/jour
Hospitalisation à domicile (HAD)		
Hospitalisation à domicile (HAD)		125%
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		145%
Consultations, visites et actes (radio, petite chirurgie) de médecins généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)		125%
Analyses et examens de laboratoire		
Examens médicaux (biologie, analyse médicale)		125%

Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (par exemple : infirmier et infirmière, sage-femme, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste)			125%
Médicaments			
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (ex-vignette blanche)			100%
Médicaments à service médical rendu modéré (ex-vignette bleue)			100%
Médicaments à service médical rendu faible (ex-vignette orange)			Non pris en charge
Matériel médical			
Prothèses, pansements, petits matériels et autres produits définis sur la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité sociale (hors lunettes et aides auditives pour lesquelles se référer à leurs lignes spécifiques)			125%
Médecine douce et prévention			
Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, pédicure-podologue) et psychothérapeute non remboursés par la Sécurité sociale			25 € /séance
- Nombre de séances remboursées toutes spécialités confondues	1 ^{re} , 2 ^e année		3 séances /an
	3 ^e année et +		6 séances /an
Forfait prévention			
- Sevrage tabagique : Tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) même non remboursés par la Sécurité sociale			70 € /an
- Vaccin antigrippe prescrit même non remboursé par la Sécurité sociale			
- Consultation diététicien non remboursée par la Sécurité sociale			
TRANSPORT SANITAIRE			
Transports prescrits pour l'hospitalisation ou la médecine de ville			125%
OPTIQUE			
La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans pour les personnes de 16 ans et plus et à une paire tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans , sauf en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.			
Le montant remboursé pour un équipement (2 verres + une monture) est dans tous les cas limité aux plafonds définis par la réglementation des contrats responsables.			
Les forfait en Euro sur les lunettes (verres ou montures) intègrent le remboursement de la Sécurité sociale et l'éventuel remboursement complémentaire des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.)			
Se reporter à votre Notice d'information pour plus de précisions sur les conditions de renouvellement et sur la réglementation applicable.			
Equipements "100% santé"			
Lunettes "100% santé", verres et monture de classe A, telles que définies par la réglementation			Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation

Lunettes à tarifs libres		
Verres de classe B La Grille optique B vous permet un remboursement sans reste à charge dans le réseau Itelis sur une sélection de verres et de traitements. Elle définit un forfait de remboursement par verre en fonction de leur correction en dehors du réseau Itelis. La Grille optique B est décrite en annexe de ce document.		Grille optique B
Monture de classe B	1 ^{re} , 2 ^e année	75 € pour la monture
	3 ^e année et +	100 € pour la monture
Lentilles		
Les lentilles prescrites sont prises en charge même si non remboursées par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur des lentilles remboursées par la Sécurité sociale est pris en charge même si le forfait annuel est épuisé.		200 € /an
Chirurgie réfractive		
Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser, non remboursée par la Sécurité sociale.		290 € /oeil
DENTAIRE		
Soins		
Consultations et soins dentaires (hors inlays-onlays d'obturation), chirurgie et parodontologie remboursée		150%
Prothèses		
Prothèses à tarifs limités, prothèses à tarifs libres, inlays-onlays d'obturation Les prothèses à tarifs limités et les prothèses à tarifs libres sont définies par la réglementation. Pour les prothèses à tarifs limités, notre garantie ne peut dépasser les honoraires limites de facturation réglementaires.	1 ^{re} , 2 ^e année	100% + 300 € /an
	3 ^e année	100% + 400 € /an
Les prothèses à tarifs limités incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur deuxième prémolaires et molaires ; les prothèses à tarifs libres incluent certaines couronnes céramo-céramiques (se reporter à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		
Le forfait en Euro est utilisable pour les implants et la parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale.		100% + 450 € /an
Soins et prothèses "100% santé"		
Les soins et prothèses "100% santé" sont définis par la réglementation. Ces prothèses incluent certaines couronnes céramo-métalliques sur incisives, canines et premières prémolaires, certaines couronnes métalliques sur les autres dents (se reporter à votre Notice d'information pour trouver plus d'exemples et les références précises à la réglementation).		Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation définis par la réglementation
Orthodontie		
Orthodontie (versé par semestre)	1 ^{re} , 2 ^e année	200 € /sem. (soit 400 € /an)
	3 ^e année	250 € /sem. (soit 500 € /an)
	4 ^e année et +	300 € /sem. (soit 600 € /an)

AIDES AUDITIVES

La prise en charge des aides auditives est limitée à un équipement par oreille tous les 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le remboursement d'une aide auditive ne peut pas excéder 1700 €. Conformément à la réglementation, ce plafond de 1700 € est calculé en y incluant le remboursement du régime obligatoire et le remboursement complémentaire éventuel des régimes locaux ou spéciaux (Alsace-Moselle, SNCF, etc.).

Equipements "100% santé"

Les aides auditives "100% santé" (classe I) sont définies par la réglementation (se reporter à votre Notice d'information).

Frais réels dans la limite des prix limites de vente définis par la réglementation

Aides auditives à tarifs libres

Aides auditives à tarifs libres (classe II)

710 €/oreille

Accessoires

Accessoires, entretien et piles pour appareil auditif

125%

CURE THERMALE

Cure thermique

Non pris en charge

ASSISTANCE

La description ci-dessous est un résumé des garanties d'assistance. Se référer à votre Notice d'information pour avoir la description complète des garanties, des limitations et des conditions d'utilisation.

Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures et par dérogation dans les cas prévus dans votre Notice d'information

Dans la limite de 40 heures par an

Garde-malades suite à une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 40 heures

Garde-animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures

Une fois par an dans la limite de 250 €

Soutien scolaire suite à une immobilisation au domicile ou une hospitalisation

12 semaines par an dans la limite de 15 heures par semaine

Grille optique B

				Dans le réseau Itelis	Hors réseau Itelis	
Correction				Itelis a sélectionné pour vous des verres organiques de marques adaptés à votre niveau de correction visuelle.	Verre Unifocal	Verre Multifocal
Niveau de correction	Sphère ou Sphère + Cylindre		Cylindre		Garantie par verre Le forfait indiqué inclut le remboursement de votre régime obligatoire.	
Faible	Sphère	[-2 ; +2]	0	Si vous choisissez vos verres parmi la sélection de verres⁽¹⁾ OPTI B présentée par votre opticien partenaire Itelis, vous n'aurez aucun reste à charge sur vos verres. Si vous choisissez vos verres en dehors de la sélection de verres OPTI B présentée par votre opticien partenaire Itelis, vous bénéficiez des prix négociés par Itelis et des montants "Hors réseau Itelis" définis ci-contre.	50 €	111 €
	Sphère	[-2 ; 0]	]0 ; +4]			
	Sphère + Cylindre	[0 ; +2]	> 0			
Modéré	Sphère	[-4 ; -2[ou]+2 ; +4]	0		64 €	123 €
	Sphère	[-4 ; -2[	]0 ; +4]			
	Sphère + Cylindre	] +2 ; +4]	> 0			
Moyen	Sphère	[-6 ; -4[ou]+4 ; +6]	0		70 €	129 €
	Sphère	[-6 ; -4[	]0 ; +4]			
	Sphère + Cylindre	] +4 ; +6]	> 0			
Élevé	Sphère	[-8 ; -6[ou]+6 ; +8]	0		103 €	211 €
	Sphère	[-8 ; -6[	]0 ; +4]			
	Sphère + Cylindre	] +6 ; +8]	> 0			
Très élevé	Sphère	< -8 ou > +8	0		113 €	211 €
	Sphère	[-8 ; 0]	> +4			
	Sphère	< -8	> 0			
	Sphère + Cylindre	> +8	> 0			

(1) Tous les verres sans reste à charge sélectionnés par Itelis disposent d'un traitement anti-rayure et anti-reflet intégrant une solution anti-UV ainsi qu'un indice d'amincissement, selon votre niveau de correction visuelle : faible - verre standard (Indice 1,5) / modéré - verre aminci (Indice 1,6) / moyen - verre très aminci (Indice 1,67) / élevé et très élevé - verre ultra aminci (Indice 1,74).