

Les remboursements incluent la prise en charge du régime obligatoire et sont versés dans la limite des Frais Réels.

	CONTRAT DE BASE TRANQUILLITE	CONTRAT SURCOMPLEMENTAIRE TRANQUILLITE (y compris le contrat de base)
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE, Y COMPRIS MATERNITE		
HONORAIRES CONVENTIONNES OPTAM avec RBT SS à 80 %	480 % BR	480 % BR
HONORAIRES CONVENTIONNES OPTAM avec RBT SS à 100 %	500 % BR	500 % BR
HONORAIRES CONVENTIONNES NON OPTAM avec RBT SS à 80 %	200 % BR	480 % BR
HONORAIRES CONVENTIONNES NON OPTAM avec RBT SS à 100 %	200 % BR	500 % BR
HONORAIRES NON CONVENTIONNES	90% FR (max 200 % TA) et mini 100% TM	90% FR (max 480 % BR reconstituée)
FRAIS DE SEJOUR CONVENTIONNES	480 % BR	480 % BR
FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES	90% FR (max 480% BR et mini 100% TM)	90% FR (max 480 % BR et mini 100% TM)
FORFAIT HOSPITALIER	100 % FR	100 % FR
LIT D'ACCOMPAGNANT (moins de 12 ans)	2 % PMSS / jour (soit 78,50 € / jour)	2 % PMSS / jour (soit 78,50 € / jour)
CHAMBRE PARTICULIERE – SECTEUR CONVENTIONNE	4 % PMSS / jour (soit 157,00 € / jour)	4 % PMSS / jour (soit 157,00 € / jour)
CHAMBRE PARTICULIERE – SECTEUR NON CONVENTIONNE	90 % FR maxi 4 % PMSS / jour (soit 157,00 € / jour)	90 % FR maxi 4 % PMSS / jour (soit 157,00 € / jour)
LIMITE ANNUELLE / CHAMBRE PARTICULIERE	Au-delà de 30 jours de prestation sur l'année civile, la garantie est limitée à 2 % PMSS / jour	Au-delà de 30 jours de prestation sur l'année civile, la garantie est limitée à 2 % PMSS / jour
SOINS MEDICAUX COURANTS		
CONSULTATIONS ET VISITES		
Praticiens conventionnés OPTAM	370 % BR	370 % BR
Praticiens conventionnés NON OPTAM	200 % BR	370 % BR
Praticiens Non Conventionnés	90 % FR (max 200 % TA) et mini 100 % TM	90 % FR (max 370 % BR reconstituée)
ANALYSES, AUXILIAIRES MEDICAUX		
Secteur Conventionné	360 % BR	360 % BR
Secteur Non Conventionné	90 % FR (max 360 % BR et mini 100 % TM)	90 % FR (max 360 % BR et mini 100 % TM)
RADIOLOGIE, ACTES DE SPECIALISTE		
Praticiens conventionnés OPTAM	370 % BR	370 % BR
Praticiens conventionnés NON OPTAM	200 % BR	370 % BR
Praticiens Non Conventionnés	90 % FR (max 200 % TA) et mini 100 % TM	90 % FR (max 370 % BR reconstituée)
PROTHESES NON DENTAIRES, ORTHOPEDIE		
TRANSPORT EN AMBULANCE (accepté SS)	360 % BR	360 % BR
MEDECINE DOUCE : Ostéopathe, Homéopathe, Acupuncteur, Pédiacre-podologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Diététicien, Naturopathe, Chiropracteur, Etiopathe	265 % BR	265 % BR
	1,3 % PMSS / séance soit 51,03 € / séance (max 4 séances / an / bénéficiaire)	1,3 % PMSS / séance soit 51,03 € / séance (max 4 séances / an / bénéficiaire)
PHARMACIE	100 % TM	100 % TM
DENTAIRE		
SOINS DENTAIRES	260 % BR	260 % BR
ORTHODONTIE ACCEPTEE	400 % BR	400 % BR
IMPLANTOLOGIE	17 % PMSS soit 667,25 € / an / bénéficiaire	17 % PMSS soit 667,25 € / an / bénéficiaire
PARODONTOLOGIE REFUSEE	10 % PMSS soit 392,50 € / an / bénéficiaire	10 % PMSS soit 392,50 € / an / bénéficiaire
 PROTHESES DENTAIRES 100 % SANTE * Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlays-core, couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	100 % PLV	100 % PLV
PROTHESES DENTAIRES A TARIFS MAITRISES LIMITEES A 100 % PLV – SS ET A TARIFS LIBRES : Prothèses fixes (couronnes et bridges), Prothèses amovibles, Couronnes provisoires, Inlays core, Inlays/Onlays	460 % BR	460 % BR
OPTIQUE	Remboursement limité à un équipement tous les 2 ans**, sauf enfants de moins de 16 ans ou évolution de la vue au moins 0,5 dioptrie, le remboursement peut alors être annuel	Remboursement limité à un équipement tous les 2 ans**, sauf enfants de moins de 16 ans ou évolution de la vue au moins 0,5 dioptrie, le remboursement peut alors être annuel
 EQUIPEMENTS 100 % SANTE * (1 MONTURE + 2 VERRES)	100 % PLV	100 % PLV
EQUIPEMENTS A TARIFS LIBRES (1 MONTURE + 2 VERRES) :	Par équipement dont monture maxi 100 € :	
-2 VERRES SIMPLES ¹	90 % FR avec mini 100 € et maxi 420 € - SS	Monture : 7 % PMSS soit 274,75 € Verres : 90 % FR
-1 VERRE SIMPLE ¹ ET 1 VERRE COMPLEXE ²	90 % FR avec mini 150 € et maxi 560 € - SS	
-2 VERRES COMPLEXES ²	90 % FR avec mini 200 € et maxi 700 € - SS	
-1 VERRE SIMPLE ¹ ET 1 VERRE TRES COMPLEXE ³	90 % FR avec mini 200 € et maxi 610 € - SS	
-1 VERRE COMPLEXE ² ET 1 VERRE TRES COMPLEXE ³	90 % FR avec mini 200 € et maxi 750 € - SS	
-2 VERRES TRES COMPLEXES ³	90 % FR avec mini 200 € et maxi 800 € - SS	
LENTILLES PRESCRITES ACCEPTEES, REFUSEES ET JETABLES	SS + 7 % PMSS soit 274,75 € / an / bénéficiaire et mini 100 % TM si lentilles acceptées	SS + 7 % PMSS soit 274,75 € / an / bénéficiaire et mini 100 % TM si lentilles acceptées
CHIRURGIE REFRACTIVE DE L'ŒIL	8 % PMSS soit 314,00 € / œil / bénéficiaire	8 % PMSS soit 314,00 € / œil / bénéficiaire

AIDES AUDITIVES	Remboursement limité à un équipement par oreille tous les 4 ans	Remboursement limité à un équipement par oreille tous les 4 ans
 EQUIPEMENTS 100 % SANTE *	100 % PLV	100 % PLV
EQUIPEMENTS A TARIFS LIBRES	360 % BR maxi 1700 € par oreille	360 % BR maxi 1700 € par oreille
MATERNITE	25 % PMSS soit 981,25 € Doublé en cas de naissance gémellaire	25 % PMSS soit 981,25 € Doublé en cas de naissance gémellaire
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE SS	SS + 2,5 % PASS soit 1 177,50 €	SS + 2,5 % PASS soit 1 177,50 €
ACTES DE PREVENTION	Totalité des actes fixés dans l'arrêté	Totalité des actes fixés dans l'arrêté
COTISATION ISOLEE (AVEC Prévoyance)	4,77 % PSS soit 187,22 € /mois déductible Madelin Créateur 3,83 % 150,33 € / mois	0,30 % PSS soit 11,78 € / mois Créateur 0,25 % 9,81 € / mois
COTISATION FAMILIALE (AVEC Prévoyance)	11,60 % PSS soit 455,30 €/mois déductible Madelin Créateur 9,29 % 364,63 € / mois	0,72 % PSS soit 28,26 € / mois Créateur 0,54 % 21,20 € / mois
COTISATION ISOLEE (SANS Prévoyance)	5,76 % PSS soit 226,08 € /mois déductible Madelin Créateur 4,60 % 180,55 € / mois	0,33 % PSS soit 12,95 € / mois Créateur 0,27 % 10,60 € / mois
COTISATION FAMILIALE (SANS Prévoyance)	13,99 % PSS soit 549,11 €/mois déductible Madelin Créateur 11,18 % 438,82 € / mois	0,78 % PSS soit 30,62 € / mois Créateur 0,64 % 25,12 € / mois

Tarif Créateur : - 20 % de la date de souscription au 31 décembre de l'année suivante

Document non contractuel établi par C2P le 12/11/2024

FR : Frais Réels – BR : Base de Remboursement – TM : Ticket Modérateur – SS : Sécurité Sociale – TA : Tarif d'Autorité
 OPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM ou OPTAM-CO PLV : Prix Limite de Vente défini par la réglementation en vigueur
 100 % Santé * : Dispositifs tel que définis réglementairement Optique **: la périodicité s'analyse par rapport à la date d'achat du dernier équipement
 PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (**3.925 € en 2025**) PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (**47.100 € en 2025**)
¹verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6 & + 6 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4
²verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6 ou + 6 ou dont le cylindre est supérieur à + 4 et à verre multifocal ou progressif
³verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8 à + 8 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4

Ratios de frais et de sinistralité des contrats santé

Ces informations sont communiquées en application de l'article 5 de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 et de l'arrêté d'application du 6 mai 2020.

Pour l'année 2023, au titre de l'ensemble des contrats frais de santé assurés par QUATREM,

- le **taux de redistribution** s'élevait à **82.20 %**.

Ce 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.

- le **montant total des frais de gestion**, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élevait à **24.20 %**

Ce 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.

CONSEIL EN PROTECTION DES PERSONNES – SARL de courtage d'assurance au capital de 1980 € - Siret 538 209 685 00030 dont le siège social est situé : 6 rue des Aulnes Champagne au Mont d'Or (69410) - Immatriculée à l'ORIAS en qualité de courtier d'assurance sous le numéro n°12064743 (vérifiable sur le site www.oriass.fr). Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du code des assurances – Intermédiaire d'assurance sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest-CS 92459- 75436 PARIS cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr) – C2P travaille avec un nombre restreint de fournisseurs sans obligation contractuelle (la liste des partenaires est disponible sur simple demande) En cas de réclamation : vous pouvez-vous adresser à service.reclamation@c2p.eu

En cas d'échec de votre réclamation dans un délai de deux mois à compter de son envoi, vous pouvez saisir le médiateur compétent en vous adressant à La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - le.mediateur@mediation-assurance.org