

A3P / REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX / 2026

GARANTIE FAMILIALE

Garanties en complément des remboursements du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire et dans la limite des Frais Réels

Nature des soins	Contrat de Base (Responsable)	Contrat Surcomplémentaire (intégrant remboursements du contrat de base)
Hospitalisation médicale et chirurgicale, y compris Maternité		
Honoraires Conventionnés Praticiens Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	500% RBT AMO	500% RBT AMO
Honoraires Conventionnés Praticiens Non Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	200% BR-SS	500% RBT AMO
Honoraires Non Conventionnés	80% FR – SS Maxi 200% TA– SS (Mini 100% TM)	80% FR – SS Maxi 500% RBT AMO reconstitué
Frais de Séjour Conventionnés	500 % RBT AMO	500 % RBT AMO
Frais de Séjour Non Conventionnés	80% FR – SS Maxi 500% RBT AMO (Mini 100% TM)	80% FR – SS Maxi 500% RBT AMO (Mini 100% TM)
Forfait hospitalier journalier	100% FR	100 % FR
Chambre particulière (y compris maternité)	2% PMSS soit 80,10 € par jour	2% PMSS soit 80,10 € par jour
Consultations – Visites – Radiologie – Actes de Spécialistes		
Praticiens Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	100% BR	100% BR
Praticiens Non Adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	80% BR	100% BR
Praticiens Non Conventionnés	80% TA	100% BR reconstituée
Analyse – Auxiliaires Médicaux – Kinésithérapie – Transport Ambulance	100% BR	100% BR
Ostéopathe	50 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile et par bénéficiaire	50 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile et par bénéficiaire
Dentaire		
Soins Dentaires – Orthodontie acceptée	300% BR	300% BR
Prothèses 100 % Santé *		
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (inlay-onlay, couronne transitoire, inlays-core couronne définitive, bridge, geste complémentaire, prothèse amovible ou réparation)	100 % PLV – SS	100 % PLV – SS
Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV – SS et à tarifs libres : Prothèses fixes (couronnes et bridges), Prothèses amovibles, Couronnes provisoires, Inlays core, Inlays/Onlays	300 % BR	300 % BR
Prothèse Dentaire non prise en charge par l'AMO	215 € par prothèse	215 € par prothèse
Implantologie	15% PMSS, soit 600,75 € par année civile et par bénéficiaire	15% PMSS, soit 600,75 € par année civile et par bénéficiaire
Parodontologie non prise en charge par l'AMO	15% PMSS, soit 600,75 € par année civile et par bénéficiaire	15% PMSS, soit 600,75 € par année civile et par bénéficiaire
Optique		
Remboursement limité à un équipement tous les 2ans**, 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 % Santé *	100 % PLV – SS	100 % PLV – SS
Equipements à tarifs libres (1 monture+2 verres)		
- 2 verres simples ¹	Par équipement dont monture maxi 100€ -SS:	
- 2 verres complexes ²	90% des FR mini 100€ et maxi 420€ - SS	
- 2 verres très complexes ³	90% des FR mini 200€ et maxi 700€ - SS	
Lentilles prescrites (la paire)	90% des FR mini 200€ et maxi 800€ - SS	
Chirurgie réfractive de l'œil	5% PMSS, soit 200,25€ par année civile et par bénéficiaire, mini 100% TM si acceptées	
Pharmacie	Maxi : 15% PMSS, soit 600,75 € par œil et par bénéficiaire	
Orthopédie - Appareillage	100% des Frais Réels	100% des Frais Réels
Appareil Auditif	100% RBT AMO	100% RBT AMO
Equipements 100 % Santé *	Remboursement limité à 1 équipement / oreille tous les 4 ans	Remboursement limité à 1 équipement / oreille tous les 4 ans
Equipements à tarifs libres	100 % PLV – SS	100 % PLV – SS
	200% RBT AMO maxi 1700 € / oreille	200% RBT AMO maxi 1700 € / oreille

**COTISATION FAMILIALE
ANNUELLE 2026**

**Contrat de Base : 3 249,90 €
(déductibles dans le cadre de la Loi Madelin)**

**Contrat Surcomplémentaire : 310,86 €
(non déductibles dans le cadre de la Loi Madelin)**
Total Base + Surcomplémentaire : 3 560,76 €

BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire – PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (4 005 € en 2026) – FR : Frais Réels – RBT : Remboursement – TM : Ticket Modérateur – TA : Tarif d'Autorité
AMO : Assurance Maladie Obligatoire – BR : Base de Remboursement – OPTAM / OPTAM CO : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée – 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

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 2024, au titre de l'ensemble des contrats frais de santé assurés par QUATREM,

- le taux de redistribution s'élevait à 76.70%. 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 27.40%. 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.