

	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 % HONORAIRES CONVENTIONNES OPTAM avec RBT SS à 100 % HONORAIRES CONVENTIONNES NON OPTAM avec RBT SS à 80 % HONORAIRES CONVENTIONNES NON OPTAM avec RBT SS à 100 % HONORAIRES NON CONVENTIONNES FRAIS DE SEJOUR CONVENTIONNES FRAIS DE SEJOUR NON CONVENTIONNES FORFAIT HOSPITALIER LIT D'ACCOMPAGNANT (moins de 12 ans) CHAMBRE PARTICULIERE – SECTEUR CONVENTIONNE CHAMBRE PARTICULIERE – SECTEUR NON CONVENTIONNE LIMITE ANNUELLE / CHAMBRE PARTICULIERE	480 % BR 500 % BR 200 % BR 200 % BR 90 % FR (max 200 % TA) et mini 100 % TM 480 % BR 90 % FR (max 480 % BR et mini 100 % TM) 100 % FR 2 % PMSS / jour (soit 80,10 € / jour) 4 % PMSS / jour (soit 160,20 € / jour) 90 % FR maxi 4 % PMSS / jour (soit 160,20 € / jour) Au-delà de 30 jours de prestation sur l'année civile, la garantie est limitée à 2 % PMSS / jour (80,10 €)	480 % BR 500 % BR 480 % BR 500 % BR 90 % FR (max 480 % BR reconstituée) 480 % BR 90 % FR (max 480 % BR et mini 100 % TM) 100 % FR 2 % PMSS / jour (soit 80,10 € / jour) 4 % PMSS / jour (soit 160,20 € / jour) 90 % FR maxi 4 % PMSS / jour (soit 160,20 € / jour) Au-delà de 30 jours de prestation sur l'année civile, la garantie est limitée à 2 % PMSS / jour (80,10 €)
SOINS MEDICAUX COURANTS CONSULTATIONS ET VISITES Praticiens conventionnés OPTAM Praticiens conventionnés NON OPTAM Praticiens Non Conventionnés ANALYSES, AUXILIAIRES MEDICAUX Secteur Conventionné Secteur Non Conventionné RADIOLOGIE, ACTES DE SPECIALISTE Praticiens conventionnés OPTAM Praticiens conventionnés NON OPTAM Praticiens Non Conventionnés PROTHESES NON DENTAIRES, ORTHOPEDIE TRANSPORT EN AMBULANCE (accepté SS) MEDECINE DOUCE : Ostéopathe, Homéopathe, Acupuncteur, Pédicure-podologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Diététicien, Naturopathe, Chiropracteur, Etiopathe	370 % BR 200 % BR 90 % FR (max 200 % TA) et mini 100 % TM 360 % BR 90 % FR (max 360 % BR et mini 100 % TM) 370 % BR 200 % BR 90 % FR (max 200 % TA) et mini 100 % TM 360 % BR 265 % BR 1,3 % PMSS / séance soit 52,07 € / séance (max 4 séances / an / bénéficiaire)	370 % BR 370 % BR 90 % FR (max 370 % BR reconstituée) 360 % BR 90 % FR (max 360 % BR et mini 100 % TM) 370 % BR 370 % BR 90 % FR (max 370 % BR reconstituée) 360 % BR 265 % BR 1,3 % PMSS / séance soit 52,07 € / séance (max 4 séances / an / bénéficiaire)
PHARMACIE	100 % TM	100 % TM
DENTAIRE SOINS DENTAIRES ORTHODONTIE ACCEPTEE ORTHODONTIE REFUSEE IMPLANTOLOGIE PARODONTOLOGIE REFUSEE	260 % BR 400 % BR 10 % PMSS soit 400,50 € / an / bénéficiaire 17 % PMSS soit 680,85 € / an / bénéficiaire 10 % PMSS soit 400,50 € / an / bénéficiaire	260 % BR 400 % BR 10 % PMSS soit 400,50 € / an / bénéficiaire 17 % PMSS soit 680,85 € / an / bénéficiaire 10 % PMSS soit 400,50 € / 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) : -2 VERRES SIMPLES ¹ -1 VERRE SIMPLE ¹ ET 1 VERRE COMPLEXE ² -2 VERRES COMPLEXES ² -1 VERRE SIMPLE ¹ ET 1 VERRE TRES COMPLEXE ³ -1 VERRE COMPLEXE ² ET 1 VERRE TRES COMPLEXE ³ -2 VERRES TRES COMPLEXES ³	Par équipement dont monture maxi 100 € : 90 % FR avec mini 100 € et maxi 420 € - SS 90 % FR avec mini 150 € et maxi 560 € - SS 90 % FR avec mini 200 € et maxi 700 € - SS 90 % FR avec mini 200 € et maxi 610 € - SS 90 % FR avec mini 200 € et maxi 750 € - SS 90 % FR avec mini 200 € et maxi 800 € - SS	Monture : 7 % PMSS soit 280,35 € Verres : 90 % FR
LENTILLES PRESCRITES ACCEPTEES, REFUSEES ET JETABLES	SS + 7 % PMSS soit 280,35 € / an / bénéficiaire et mini 100 % TM si lentilles acceptées	SS + 7 % PMSS soit 280,35 € / an / bénéficiaire et mini 100 % TM si lentilles acceptées
CHIRURGIE REFRACTIVE DE L'ŒIL	8 % PMSS soit 320,40 € / œil / bénéficiaire	8 % PMSS soit 320,40 € / 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 1 001,25 € Doublé en cas de naissance gémellaire	25 % PMSS soit 1 001,25 € Doublé en cas de naissance gémellaire
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE SS	SS + 2,5 % PASS soit 1 201,50 €	SS + 2,5 % PASS soit 1 201,50 €
ACTES DE PREVENTION	Totalité des actes fixés dans l'arrêté	Totalité des actes fixés dans l'arrêté
COTISATION ISOLEE (AVEC Prévoyance)	4,87 % PSS soit 195,04 € /mois déductible Madelin Créateur 3,90 % 156,20 € / mois	0,31 % PSS soit 12,42 € / mois Créateur 0,25 % 10,01 € / mois
COTISATION FAMILIALE (AVEC Prévoyance)	11,83 % PSS soit 473,79 €/mois déductible Madelin Créateur 9,46 % 378,87 € / mois	0,73 % PSS soit 29,24 € / mois Créateur 0,58 % 23,23 € / mois
COTISATION ISOLEE (SANS Prévoyance)	5,88 % PSS soit 235,49 € /mois déductible Madelin Créateur 4,70 % 188,24 € / mois	0,34 % PSS soit 13,62 € / mois Créateur 0,27 % 10,81 € / mois
COTISATION FAMILIALE (SANS Prévoyance)	14,27 % PSS soit 571,51 €/mois déductible Madelin Créateur 11,42 % 457,37 € / mois	0,80 % PSS soit 32,04 € / mois Créateur 0,64 % 25,63 € / mois

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

Document non contractuel établi par C2P le 01/12/2025

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 (**4.005 € en 2026**) PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (**48.060 € en 2026**)

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.

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.orient.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