



Tableau des garanties à partir du 1 ^{er} janvier 2021	F1	F2	F3	F4
SOINS COURANTS				
1 HONORAIRES MÉDICAUX				
2 Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
2 Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
Radiologie : médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Radiologie : médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
3 ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES (analyses médicales)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
4 HONORAIRES PARAMÉDICAUX (auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
5 MÉDICAMENTS				
Médicaments à Service Médical Rendu Important (PH7) ou Modéré (PH4) remboursés par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à Service Médical Rendu Faible (PH2) remboursés par le régime obligatoire	Non souscrit	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments non remboursés prescrits ou non, dont contraception ⁽²⁾	Non souscrit	45 €/an	70 €/an	100 €/an
6 MATÉRIEL MÉDICAL (prothèses orthopédiques et autres appareillages)	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
AUTRES FRAIS				
Ostéopathe	Non souscrit	Non souscrit	120 €/an	160 €/an
Cure thermique prise en charge par le régime obligatoire	Non souscrit	Non souscrit	100 % BR	100 % BR
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
7 HOSPITALISATION⁽³⁾				
HONORAIRES				
Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	250 % BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
FRAIS D'HOSPITALISATION				
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	150 % BR	250 % BR
Chambre particulière (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an en hospitalisation psychiatrique)	Non souscrit	45 €/jour	55 €/jour	70 €/jour
Télévision/Internet (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an en hospitalisation psychiatrique)	Non souscrit	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour
Transport pris en charge par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
8 OPTIQUE⁽⁴⁾				
LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT TOUS LES 2 ANS				
ÉQUIPEMENTS « 100 % SANTÉ »* (verres et monture sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
ÉQUIPEMENTS LIBRES				
Verre simple adulte ⁽⁵⁾	100 % BR	25 €/verre les 1 ^{re} et 2 ^e années Avantage fidélité : 50 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	40 €/verre les 1 ^{re} et 2 ^e années Avantage fidélité : 70 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	50 €/verre les 1 ^{re} et 2 ^e années Avantage fidélité : 80 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion
Verre complexe adulte ⁽⁶⁾	100 % BR	100 €/verre les 1 ^{re} et 2 ^e années Avantage fidélité : 120 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	110 €/verre les 1 ^{re} et 2 ^e années Avantage fidélité : 130 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	120 €/verre les 1 ^{re} et 2 ^e années Avantage fidélité : 140 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion
Monture adulte	100 % BR	100 % BR	70 €	90 €
LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR AN				
Lentilles (acceptées ou refusées par le régime obligatoire)	100 % BR	70 €/an	100 €/an	150 €/an
CHIRURGIE RÉFRACTIVE (interventions liées à la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme. Un seul forfait dans la vie du contrat)	Non souscrit	80 €	150 €	180 €
9 AIDES AUDITIVES⁽⁷⁾				
LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR OREILLE APPAREILLÉE TOUS LES 4 ANS				
ÉQUIPEMENTS « 100 % SANTÉ »* (audioprothèses de classe I sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
ÉQUIPEMENTS LIBRES				
Aides auditives 20 ans et plus (audioprothèses de classe II)	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 200 €/appareil	100 % BR + 350 €/appareil
Aides auditives moins de 20 ans (audioprothèses de classe II)	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 200 €/appareil	100 % BR + 300 €/appareil
10 DENTAIRE				
SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ »* (soins, couronnes, bridges et prothèses sans reste à charge)				
SOINS (consultations/soins dentaires)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PROTHÈSES Plafond global annuel dentaire (hors consultations : prothèses, bonus prothèses « dents du sourire » selon formule souscrite, tout inlay, implantologie ⁽⁸⁾)	—	Plafond de 300 €/an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 600 €/an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 800 €/an uniquement les 2 premières années d'adhésion
Prothèses dentaires (le poste prothèses dentaires comprend tous les types de couronnes, bridges ainsi que les appareils amovibles)	100 % BR	150 €/acte	250 €/acte	350 €/acte
Bonus prothèses « dents du sourire »	Non souscrit	30 €/dent	60 €/dent	100 €/dent
Tout Inlay	100 % BR	155 €/acte	185 €/acte	235 €/acte
Implant racine	Non souscrit	200 €/an	300 €/an	400 €/an
AUTRES				
Parodontologie	Non souscrit	Non souscrit	100 €/an	200 €/an
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire ⁽⁸⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (adulte)	Non souscrit	Non souscrit	75 €/semestre	100 €/semestre
12 ASSISTANCE				
Assistance	À domicile et en déplacement			

BR : Tarif servant de référence aux Régimes Obligatoires pour déterminer le montant de leurs remboursements.

* Tels que définis réglementairement par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et la loi n° 2018-1203 du 23 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 ainsi que par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires. ** Voir « Dentaire », « Aides auditives » ou « Optique », section « 100 % Santé », dans le glossaire (page 32). (1) Voir « Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) » dans le glossaire (page 31). (2) La parapharmacie, les vaccins non remboursés par le régime obligatoire, les traitements anti-paludéens et les traitements d'aide au sevrage tabagique sont exclus. (3) Y compris maternité et hospitalisation à domicile, limitée aux établissements conventionnés. (4) Voir « Optique » dans le glossaire (page 32). (5) Voir « Optique », section Verre de correction faible, dans le glossaire (page 32). (6) Voir « Optique », section Verre de correction forte, dans le glossaire (page 32). (7) Le remboursement d'un équipement d'aides auditives s'entend par appareil, un pour chaque oreille appareillée et pour une période de 4 ans. (8) Lorsqu'il y a intervention du régime obligatoire, la prise en charge est à minima de 100 % de la BR y compris en cas de dépassement du plafond annuel ou semestriel.



Tableau des garanties à partir du 1 ^{er} janvier 2021	F1	F2	F3	F4
SOINS COURANTS				
1 HONORAIRES MÉDICAUX				
2 Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
2 Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
Radiologie : médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Radiologie : médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	170 % BR	220 % BR
3 ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES (analyses médicales)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
4 HONORAIRES PARAMÉDICAUX (auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
5 MÉDICAMENTS				
Médicaments à Service Médical Rendu Important (PH7) ou Modéré (PH4) remboursés par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à Service Médical Rendu Faible (PH2) remboursés par le régime obligatoire	Non souscrit	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments non remboursés prescrits ou non, dont contraception ⁽²⁾	30 €/an	45 €/an	70 €/an	100 €/an
6 MATÉRIEL MÉDICAL (prothèses orthopédiques et autres appareillages)	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
AUTRES FRAIS				
Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, pédicure	Non souscrit	80 €/an	120 €/an	160 €/an
Cure thermale prise en charge par le régime obligatoire	Non souscrit	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
7 HOSPITALISATION⁽³⁾				
HONORAIRES				
Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	170 % BR	220 % BR	250 % BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
FRAIS D'HOSPITALISATION				
Frais de séjour	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Chambre particulière (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an en hospitalisation psychiatrique)	Non souscrit	45 €/jour	65 €/jour	75 €/jour
Télévision/Internet (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an en hospitalisation psychiatrique)	Non souscrit	5 €/jour	5 €/jour	5 €/jour
Lit d'accompagnant (en cas d'hospitalisation d'enfants ou de petits-enfants de moins de 16 ans, fiscalement à charge et désignés au contrat)	15 €/jour	20 €/jour	20 €/jour	25 €/jour
Transport pris en charge par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
8 OPTIQUE⁽⁴⁾				
LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT TOUTS LES 2 ANS				
ÉQUIPEMENTS « 100 % SANTÉ »* (verres et monture sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
ÉQUIPEMENTS LIBRES				
Verre simple adulte ⁽⁵⁾	100 % BR	50 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 75 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	60 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 80 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	70 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 90 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion
Verre complexe adulte ⁽⁶⁾	100 % BR	100 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 130 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	110 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 130 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	130 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 160 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion
Monture adulte	100 % BR	100 % BR	80 €	100 €
LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR AN				
ÉQUIPEMENTS « 100 % SANTÉ »* ENFANT	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
ÉQUIPEMENTS LIBRES				
Verre simple enfant ⁽⁵⁾	100 % BR	60 €/verre/an	60 €/verre/an	60 €/verre/an
Verre complexe enfant ⁽⁶⁾	100 % BR	100 €/verre/an	100 €/verre/an	100 €/verre/an
Monture enfant	100 % BR	40 €	40 €	60 €
Lentilles (acceptées ou refusées par le régime obligatoire)	100 % BR	70 €/an	100 €/an	150 €/an
CHIRURGIE RÉFRACTIVE (interventions liées à la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme. Un seul forfait dans la vie du contrat)	Non souscrit	100 €	150 €	200 €
9 AIDES AUDITIVES⁽⁷⁾				
LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR OREILLE APPAREILLÉE TOUTS LES 4 ANS				
ÉQUIPEMENTS « 100 % SANTÉ »* (audioprothèses de classe I sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
ÉQUIPEMENTS LIBRES				
Aides auditives 20 ans et plus (audioprothèses de classe II)	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 300 €/appareil	100 % BR + 500 €/appareil
Aides auditives moins de 20 ans (audioprothèses de classe II)	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 300 €/appareil	100 % BR + 300 €/appareil
10 DENTAIRE				
SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ »* (soins, couronnes, bridges et prothèses sans reste à charge)				
SOINS (consultations/soins dentaires)				
PROTHÈSES				
Plafond global annuel dentaire (hors consultations : prothèses, bonus prothèses « dents du sourire » selon formule souscrite, tout inlay, implantologie) ⁽⁸⁾	Plafond de 250 €/an	100 % BR Plafond de 400 €/an uniquement les 2 premières années d'adhésion	100 % BR Plafond de 800 €/an uniquement les 2 premières années d'adhésion	100 % BR Plafond de 1 000 €/an uniquement les 2 premières années d'adhésion
Prothèses dentaires (le poste prothèses dentaires comprend tous les types de couronnes, bridges ainsi que les appareils amovibles)	150 €/acte	270 €/acte	370 €/acte	500 €/acte
Bonus prothèses « dents du sourire »	Non souscrit	30 €/dent	60 €/dent	100 €/dent
Tout Inlay	100 % BR	155 €/acte	185 €/acte	185 €/acte
Implant racine	Non souscrit	200 €/an	350 €/an	600 €/an
AUTRES				
Parodontologie	Non souscrit	Non souscrit	150 €/an	200 €/an
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire ⁽⁸⁾	290 €/semestre	390 €/semestre	540 €/semestre	690 €/semestre
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (adulte)	Non souscrit	Non souscrit	75 €/semestre	150 €/semestre
11 FORFAIT NAISSANCE				
Forfait de naissance ou d'adoption	100 €	150 €	150 €	150 €
12 ASSISTANCE				
Assistance	À domicile, en déplacement et en cas de maternité			

BR : Tarif servant de référence aux Régimes Obligatoires pour déterminer le montant de leurs remboursements.

* Tels que définis réglementairement par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et la loi n° 2018-1203 du 23 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 ainsi que par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires. ** Voir « Dentaire », « Aides auditives » ou « Optique », section « 100 % Santé », dans le glossaire (page 32). (1) Voir « Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) » dans le glossaire (page 31). (2) La parapharmacie, les vaccins non remboursés par le régime obligatoire, les traitements anti-paludéens et les traitements d'aide au sevrage tabagique sont exclus. (3) Y compris maternité et hospitalisation à domicile, limitée aux établissements conventionnés. (4) Voir « Optique » dans le glossaire (page 32). (5) Voir « Optique », section Verre de correction faible, dans le glossaire (page 32). (6) Voir « Optique », section Verre de correction forte, dans le glossaire (page 32). (7) Le remboursement d'un équipement d'aides auditives s'entend par appareil, un pour chaque oreille appareillée et pour une période de 4 ans. (8) Lorsqu'il y a intervention du régime obligatoire, la prise en charge est à minima de 100 % de la BR y compris en cas de dépassement du plafond annuel ou semestriel.



Tableau des garanties à partir du 1 ^{er} janvier 2021	F1	F2	F3	F4
SOINS COURANTS				
1 HONORAIRES MÉDICAUX				
2 Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
2 Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	170 % BR	220 % BR	300 % BR
Radiologie : médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Radiologie : médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	170 % BR	220 % BR	300 % BR
3 ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES (analyses médicales)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
4 HONORAIRES PARAMÉDICAUX (auxiliaires médicaux : infirmiers, orthophonistes...)				
4 Honoraires paramédicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
5 MÉDICAMENTS				
Médicaments à Service Médical Rendu Important (PH7) ou Modéré (PH4) remboursés par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à Service Médical Rendu Faible (PH2) remboursés par le régime obligatoire	Non souscrit	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments non remboursés prescrits ou non ⁽²⁾	30 €/an	45 €/an	70 €/an	100 €/an
6 MATÉRIEL MÉDICAL (prothèses orthopédiques et autres appareillages)				
6 Matériel médical	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
AUTRES FRAIS				
Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, pédicure	Non souscrit	80 €/an	120 €/an	160 €/an
Cure thermale prise en charge par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
7 HOSPITALISATION⁽³⁾				
HONORAIRES				
Médecins non adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Médecins adhérents à l'OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	100 % BR	170 % BR	220 % BR	300 % BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Frais d'hospitalisation	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
FRAIS D'HOSPITALISATION				
Frais de séjour	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Chambre particulière (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an)	Non souscrit	40 €/jour	60 €/jour	80 €/jour
Télévision/Internet (pour une hospitalisation incluant au moins une nuit ; maximum 90 jours cumulés/an en hospitalisation psychiatrique)	Non souscrit	10 €/jour	10 €/jour	10 €/jour
Lit d'accompagnement (en cas d'hospitalisation du (de la) conjoint(e) désigné(e))	Non souscrit	20 €/jour	25 €/jour	40 €/jour
Transport pris en charge par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
8 OPTIQUE⁽⁴⁾				
LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT TOUS LES 2 ANS				
ÉQUIPEMENTS « 100 % SANTÉ »* (verres et monture sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
ÉQUIPEMENTS LIBRES				
Verre simple adulte ⁽⁵⁾	25 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 50 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	50 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 90 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	80 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 110 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	110 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 130 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion
Verre complexe adulte ⁽⁶⁾	100 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 120 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	110 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 130 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	130 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 160 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion	150 €/verre les 1 ^{er} et 2 ^e années Avantage fidélité : 180 €/verre à partir de la 3 ^e année d'adhésion
Monture adulte	100 % BR	70 €	90 €	100 €
LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR AN				
Lentilles (acceptées ou refusées par le régime obligatoire)	100 % BR	70 €/an	100 €/an	140 €/an
9 AIDES AUDITIVES⁽⁷⁾				
LIMITÉ AU REMBOURSEMENT D'UN FORFAIT PAR OREILLE APPAREILLÉE TOUS LES 4 ANS				
ÉQUIPEMENTS « 100 % SANTÉ »* (audioprothèses de classe I sans reste à charge)	Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**			
ÉQUIPEMENTS LIBRES				
Aides auditives 20 ans et plus (audioprothèses de classe II)	100 % BR	100 % BR + 250 €/appareil	100 % BR + 400 €/appareil	100 % BR + 600 €/appareil
10 DENTAIRE				
SOINS ET PROTHÈSES « 100 % SANTÉ »* (soins, couronnes, bridges et prothèses sans reste à charge)				
Remboursement intégral plafonné aux prix limites de vente maximum fixés**				
SOINS (consultations/soins dentaires)				
Soins	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PROTHÈSES				
Plafond global annuel dentaire (hors consultations : prothèses, bonus prothèses « dents du sourire » selon formule souscrite, tout inlay, implantologie ⁽⁸⁾)	Plafond de 400 €/an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 800 €/an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 1 000 €/an uniquement les 2 premières années d'adhésion	Plafond de 1 500 €/an uniquement les 2 premières années d'adhésion
Prothèses dentaires (le poste prothèses dentaires comprend tous les types de couronnes, bridges ainsi que les appareils amovibles)	150 €/acte	270 €/acte	400 €/acte	550 €/acte
Tout Inlay	155 €/acte	185 €/acte	235 €/acte	300 €/acte
Implant racine	Non souscrit	300 €/an	500 €/an	800 €/an
AUTRES				
Parodontologie	Non souscrit	75 €/an	200 €/an	350 €/an
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire ⁽⁸⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
12 ASSISTANCE				
Assistance	À domicile et en déplacement	À domicile et en déplacement	À domicile, en déplacement et aide aux aidants 13	À domicile, en déplacement et aide aux aidants 13

BR : Tarif servant de référence aux Régimes Obligatoires pour déterminer le montant de leurs remboursements.
 * Tels que définis réglementairement par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et la loi n° 2018-1203 du 23 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 ainsi que par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires. ** Voir « Dentaire », « Aides auditives » ou « Optique », section « 100 % Santé », dans le glossaire (page 32). (1) Voir « Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) » dans le glossaire (page 31). (2) La parapharmacie, les vaccins non remboursés par le régime obligatoire, les traitements anti-paludéens et les traitements d'aide au sevrage tabagique sont exclus. (3) Y compris maternité et hospitalisation à domicile, limitée aux établissements conventionnés. (4) Voir « Optique » dans le glossaire (page 32). (5) Voir « Optique », section Verre de correction faible, dans le glossaire (page 32). (6) Voir « Optique », section Verre de correction forte, dans le glossaire (page 32). (7) Le remboursement d'un équipement d'aides auditives s'entend par appareil, un pour chaque oreille appareillée et pour une période de 4 ans. (8) Lorsqu'il y a intervention du régime obligatoire, la prise en charge est à minima de 100 % de la BR y compris en cas de dépassement du plafond annuel ou semestriel.