

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
FRAIS DE SÉJOUR (hors ambulatoire)	100% de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX (y compris ambulatoire) ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	100% de la BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours/an en hospitalisation psychiatrique) MÉDECINE-CHIRURGIE	-
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	-
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS (hors ambulatoire)	100% frais réels
 SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES	100% de la BR
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	100% de la BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	100% de la BR
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ÉCHOGRAPHIE	100% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100% de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kiné, infirmiers, orthophonistes, etc.)	100% de la BR
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	100% de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	100% de la BR
TRANSPORT TERRESTRE	100% de la BR
 DENTAIRE	
SOINS	100% de la BR
INLAY-ONLAY ⁽¹⁾	100% de la BR
PROTHÈSES 100% SANTÉ ⁽⁵⁾	100% frais réels ⁽⁵⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100% SANTÉ ⁽²⁾	
Prises en charge par la Sécurité sociale	100% de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale	-
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-
 OPTIQUE	
<p>Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM a minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽²⁾.</p>	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁵⁾	100% frais réels ⁽⁴⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :	
Monture + 2 verres simples	50 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe	125 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	200 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100% de la BR
 AUDIOLOGIE	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁴⁾ .	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁵⁾	100% frais réels ⁽⁴⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁶⁾	100% de la BR

 CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	-
 ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE* ⁽³⁾	-
PÉDICURE - PODOLOGIE	-
OSTÉODENSITOMÉTRIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie) *	-
 ACTES DE PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100% de la BR
 SMI ASSISTANCE	
SMI ASSISTANCE	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

Garanties valides à partir du 1^{er} septembre 2021

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un contrat d'accès aux soins (médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée/chirurgie-obstétrique). À noter : depuis le 1^{er} janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au contrat d'accès aux soins précédemment en vigueur.

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(1) Les inlays/onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

(2) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

(3) Les actes doivent être pratiqués par des praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS.

(4) Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

(5) Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement.

(6) La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100% Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
FRAIS DE SÉJOUR (hors ambulatoire)	100% de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX (y compris ambulatoire) ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	100% de la BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours/an en hospitalisation psychiatrique) MÉDECINE-CHIRURGIE	30 €/jour hors ambulatoire 10 €/jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	20 €/jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS (hors ambulatoire)	100% frais réels
 SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES	100% de la BR
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	100% de la BR
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	100% de la BR
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ÉCHOGRAPHIE	100% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100% de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kiné, infirmiers, orthophonistes, etc.)	100% de la BR
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	100% de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	100% de la BR + 50 €/année civile
TRANSPORT TERRESTRE	100% de la BR
 DENTAIRE	
SOINS	100% de la BR
INLAY-ONLAY ⁽¹⁾	150% de la BR
PROTHÈSES 100% SANTÉ ⁽⁵⁾	100% frais réels ⁽⁵⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100% SANTÉ ⁽²⁾	
Prises en charge par la Sécurité sociale	150% de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale	150 €/année civile
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-
 OPTIQUE	
Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM à minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽²⁾ .	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁵⁾	100% frais réels ⁽⁴⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :	
Monture + 2 verres simples	100 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe	150 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	200 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100% de la BR + 50 €/année civile
 AUDIOLOGIE	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁴⁾ .	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁵⁾	100% frais réels ⁽⁴⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁶⁾	100% de la BR + 50 €/oreille/année civile
 CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	100 €/année civile

 ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE* ⁽³⁾	20 €/séance dans la limite de 2 séances/année civile
PÉDICURE - PODOLOGIE	20 €/année civile
OSTÉODENSITOMÉTRIE non prise en charge par la Sécurité sociale	30 €/année civile
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie) *	40 €/année civile
 ACTES DE PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100% de la BR
 SMI ASSISTANCE	
SMI ASSISTANCE	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

Garanties valides à partir du 1^{er} septembre 2021

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un contrat d'accès aux soins (médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée/chirurgie-obstétrique). À noter : depuis le 1^{er} janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au contrat d'accès aux soins précédemment en vigueur.

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(1) Les inlays/onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

(2) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

(3) Les actes doivent être pratiqués par des praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.

(4) Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

(5) Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement.

(6) La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100% Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
FRAIS DE SÉJOUR (hors ambulatoire)	150% de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX (y compris ambulatoire) ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	170% de la BR médecins DPTM 150% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours/an en hospitalisation psychiatrique) MÉDECINE-CHIRURGIE	45 €/jour hors ambulatoire 15 €/jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	30 €/jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS (hors ambulatoire)	100% frais réels
 SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES	170% de la BR médecins DPTM 150% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	170% de la BR médecins DPTM 150% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	170% de la BR médecins DPTM 150% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ÉCHOGRAPHIE	170% de la BR médecins DPTM 150% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	150% de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kiné, infirmiers, orthophonistes, etc.)	150% de la BR
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	100% de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	150% de la BR + 150 € /année civile
TRANSPORT TERRESTRE	150% de la BR
 DENTAIRE	
SOINS	150% de la BR
INLAY-ONLAY ⁽²⁾	150% de la BR
PROTHÈSES 100% SANTÉ ⁽⁶⁾	100% frais réels ⁽⁵⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100% SANTÉ ⁽³⁾	
Prises en charge par la Sécurité sociale	200% de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale	200 € /année civile
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	150 € /année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	150 € /année civile
 OPTIQUE	
<p>Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM a minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽³⁾.</p>	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁶⁾	100% frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :	
Monture + 2 verres simples	150 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe	200 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	250 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100% de la BR + 75 € /année civile
 AUDIOLOGIE	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁴⁾ .	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁶⁾	100% frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁷⁾	150% de la BR + 150 € /oreille/année civile

 CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	250 € /année civile
 ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE* ⁽⁴⁾	30 € /séance dans la limite de 2 séances/année civile
PÉDICURE - PODOLOGIE	30 € /année civile
OSTÉODENSITOMÉTRIE non prise en charge par la Sécurité sociale	40 € /année civile
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie) *	50 € /année civile
 ACTES DE PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100% de la BR
 SMI ASSISTANCE	
SMI ASSISTANCE	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

Garanties valides à partir du 1^{er} septembre 2021

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

(1) Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un contrat d'accès aux soins (médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée/chirurgie-obstétrique). À noter : depuis le 1^{er} janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au contrat d'accès aux soins précédemment en vigueur.

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) Les inlays/onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

(3) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

(4) Les actes doivent être pratiqués par des praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS.

(5) Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

(6) Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement.

(7) La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100% Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)	
FRAIS DE SÉJOUR (hors ambulatoire)	200% de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX (y compris ambulatoire) ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	200% de la BR médecins DPTM 180% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours/an en hospitalisation psychiatrique) MÉDECINE-CHIRURGIE-MATERNITÉ	50 € /jour hors ambulatoire 25 € /jour ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	40 € /jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS (hors ambulatoire)	100% frais réels
 SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS – VISITES GÉNÉRALISTES	200% de la BR médecins DPTM 180% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CONSULTATIONS – VISITES SPÉCIALISTES	200% de la BR médecins DPTM 180% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	200% de la BR médecins DPTM 180% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	200% de la BR médecins DPTM 180% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE – D'ÉCHOGRAPHIE	200% de la BR médecins DPTM 180% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	200% de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kiné, infirmiers, orthophonistes, etc.)	200% de la BR
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	100% de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	200% de la BR
TRANSPORT TERRESTRE	200% de la BR
 DENTAIRE	
SOINS	200% de la BR
INLAY-ONLAY ⁽³⁾	200% de la BR
PROTHÈSES 100% SANTÉ ⁽⁷⁾	100% frais réels ⁽⁶⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100% SANTÉ ⁽³⁾	
Prises en charge par la Sécurité sociale	250% de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale	250 € /année civile
ORTHODONTIE	
Prise en charge par la Sécurité sociale	250% de la BR
Non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	350 € /semestre
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	250 € /année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	400 € /année civile
 OPTIQUE	
Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM a minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽⁴⁾ .	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁷⁾	100% frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :	
Monture + 2 verres simples	250 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe	275 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	300 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100% de la BR + 200 € /année civile
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	200 € /œil/année civile

 AUDIOLOGIE	
Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁴⁾ .	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁷⁾	100% frais réels ⁽⁶⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁸⁾	200% de la BR
 CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	200 € /cure
 MATERNITÉ	
FORFAIT NAISSANCE - adoption (doublé en cas de naissance gémellaire)	200 €
 ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE – SOPHROLOGIE – PSYCHOLOGIE * ⁽⁵⁾	40 € /séance dans la limite de 3 séances/année civile
DIÉTÉTICIEN	40 € /année civile
SEVRAGE TABAGIQUE* médicaments – patchs	40 € /année civile
CONTRACEPTIFS non pris en charge par la Sécurité sociale (pilules de nouvelle génération, patchs, préservatifs)*	40 € /année civile
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie) *	60 € /année civile
 ACTES DE PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100% de la BR
 SMI ASSISTANCE	
SMI ASSISTANCE	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

Garanties valides à partir du 1^{er} juillet 2021

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

(1) Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un contrat d'accès aux soins (médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée/chirurgie-obstétrique). À noter : depuis le 1^{er} janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au contrat d'accès aux soins précédemment en vigueur.

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaresante.ameli.fr/>.

(2) L'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale est limitée à six semestres.

(3) Les inlays/onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

(4) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

(5) Les actes doivent être pratiqués par des praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS.

(6) Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

(7) Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement.

(8) La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100% Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des frais réels engagés
 HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE	
FRAIS DE SÉJOUR (hors ambulatoire)	350% de la BR
HONORAIRES MÉDICAUX (y compris ambulatoire) ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE	350% de la BR médecins DPTM 200% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
CHAMBRE PARTICULIÈRE (limitée à 30 jours/an en hospitalisation psychiatrique) MÉDECINE-CHIRURGIE	75 € /jour hors ambulatoire 25 € /jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 16 ans	50 € /jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100% frais réels
PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS (hors ambulatoire)	100% frais réels
 SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
CONSULTATIONS - VISITES GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES	350% de la BR médecins DPTM 200% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES DE CHIRURGIE EN CABINET	350% de la BR médecins DPTM 200% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	350% de la BR médecins DPTM 200% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ÉCHOGRAPHIE	350% de la BR médecins DPTM 200% de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	350% de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kiné, infirmiers, orthophonistes, etc.)	350% de la BR
MÉDICAMENTS pris en charge par la Sécurité sociale	100% de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	350% de la BR + 250 € /année civile
TRANSPORT TERRESTRE	350% de la BR
 DENTAIRE	
SOINS	350% de la BR
INLAY-ONLAY ⁽²⁾	350% de la BR
PROTHÈSES 100% SANTÉ ⁽⁶⁾	100% frais réels ⁽⁵⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100% SANTÉ ⁽³⁾	
Prises en charge par la Sécurité sociale	400% de la BR
Non prises en charge par la Sécurité sociale	400 € /année civile
PARODONTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	350 € /année civile
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	350 € /année civile
 OPTIQUE	
<p>Les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100% du TM a minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture : pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽³⁾.</p>	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁶⁾	100% frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :	
Monture + 2 verres simples	300 €
Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe	375 €
Monture + 2 verres complexes ou hyper complexes	450 €
LENTILLES prises en charge ou non par la Sécurité sociale	100% de la BR + 150 € /année civile
 AUDIOLOGIE	
<p>Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁴⁾.</p>	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁶⁾	100% frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁷⁾	350% de la BR + 250 € /oreille/année civile

 CURE THERMALE	
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transport, soins, hébergement)	450 € /année civile
 ACTES NON PRIS EN CHARGE par la Sécurité sociale	
CHIROPRACTIE – OSTÉOPATHIE – ACUPUNCTURE – ÉTIOPATHIE – HOMÉOPATHIE – NATUROPATHIE* ⁽⁴⁾	50 € /séance dans la limite de 2 séances/année civile
PÉDICURE - PODOLOGIE	50 € /année civile
OSTÉODENSITOMÉTRIE non prise en charge par la Sécurité sociale	60 € /année civile
AUTOMÉDICATION (dont vaccins et homéopathie) *	80 € /année civile
 ACTES DE PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 8 juin 2006	100% de la BR
 SMI ASSISTANCE	
SMI ASSISTANCE	Garanties souscrites auprès de FIDÉLIA

Garanties valides à partir du 1^{er} septembre 2021

Les garanties sont valables par bénéficiaire.

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont basés sur le tarif d'autorité.

(1) Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un contrat d'accès aux soins (médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée/chirurgie-obstétrique). À noter : depuis le 1^{er} janvier 2017, ces derniers dispositifs se sont substitués au contrat d'accès aux soins précédemment en vigueur.

Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) Les inlays/onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

(3) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;
- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;
- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

(4) Les actes doivent être pratiqués par des praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINISS.

(5) Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat « responsable » définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

(6) Équipements 100% Santé tels que définis réglementairement.

(7) La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

Les présentes garanties sont en conformité avec les règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat ; les garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des modifications des règles relatives à ces dits contrats. Elles respectent également la réglementation 100% Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).