

Les remboursements incluent la prise en charge du régime de base.

Les montants exprimés en euros interviennent dans la limite d'un forfait défini par bénéficiaire. Plafonds et forfaits se renouvellent à la date anniversaire de l'adhésion. Seuls les forfaits optiques se renouvellent par année glissante, tous les deux ans à compter de la date d'achat. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

GARANTIES	SOCLE COMMUN SOLO 1 – 2 – 3 HOSPITALISATION ET SOINS COURANTS
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTETRICALE	
→ Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS – OPTAM – OPTAMCO) : <ul style="list-style-type: none"> Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques (en secteur conventionné) Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques (en secteur non conventionné) 	300 % BR 100 % BR
→ Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (Non CAS – Non OPTAM – Non OPTAMCO) : <ul style="list-style-type: none"> Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques (en secteur conventionné) Honoraires médicaux, chirurgicaux ou obstétriques (en secteur non conventionné) 	180 % BR 100 % BR
→ Chambre particulière Pour les établissements de lutte contre les maladies mentales : limitée à 30 jours / an / bénéficiaire	80 € / jour
→ Forfait journalier hospitalier, frais de séjour	Frais réels
→ Transport pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR
SOINS COURANTS	
→ Médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS – OPTAM – OPTAMCO) : <ul style="list-style-type: none"> Visites, consultations et radiologie Consultations pré et post opératoires (sur justificatif) 	150 % BR 270 % BR
→ Médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (Non CAS – Non OPTAM – Non OPTAMCO) : <ul style="list-style-type: none"> Visites, consultations et radiologie Consultations pré et post opératoires (sur justificatif) 	100 % BR 100 % BR
→ Analyses, auxiliaires médicaux et soins externes	100 % BR
→ Médicaments pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR
→ Orthopédie, petit appareillage, prothèses auditives, prothèses médicales et capillaires pris en charge par la Sécurité Sociale	100 % BR
→ Dépenses de prévention (deux actes selon notice d'information)	Voir notice

GARANTIES	Solo 1	Solo 2	Solo 3
DENTAIRE			
→ Soins dentaires, inlay - onlay pris en charge par la Sécurité Sociale	200 % BR	250 % BR	300 % BR
→ Soins prothétiques pris en charge par la Sécurité Sociale	200 % BR	250 % BR	300 % BR
→ Orthodontie prise et non prise en charge par la Sécurité Sociale, implantologie, parodontologie	100 € / an	200 € / an	300 € / an
→ Le cumul des prestations versées au titre du « remboursement en dentaire », hors soins dentaires, implantologie, parodontologie et orthodontie prise et non prise en charge par la Sécurité Sociale est limité à	300 € / an	600 € / an	900 € / an

OPTIQUE			
1 équipement verres et monture tous les 2 ans			
→ 2 verres simples (Classe 101 ou 102) + Monture	50 €	100 €	150 €
→ 2 verres Complexes (Classe 103 ou 104) + Monture	200 € (dont 50 € maxi pour la monture)	225 € (dont 100 € maxi pour la monture)	250 € (dont 150 € maxi pour la monture)
→ 1 verre simple (Classe 101 ou 102) et 1 verre complexe (Classe 103 ou 104) + Monture	125 € (dont 50 € maxi pour la monture)	150 € (dont 100 € maxi pour la monture)	175 € (dont 150 € maxi pour la monture)
→ 2 verres Très Complexes (Classe 111, 112, 113 ou 114) + Monture	200 € (dont 50 € maxi pour la monture)	225 € (dont 100 € maxi pour la monture)	250 € (dont 150 € maxi pour la monture)
→ 1 verre simple (Classe 101 ou 102) ou 1 verre complexe (Classe 103 ou 104) et 1 verre Très Complexe (Classe 111, 112, 113 ou 114) + Monture	125 € (dont 50 € maxi pour la monture)	150 € (dont 100 € maxi pour la monture)	175 € (dont 150 € maxi pour la monture)

BR: Base de Remboursement Sécurité Sociale

CAS: Contrat d'Accès aux Soins

OPTAM : Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées