

## TABLEAU DES PRESTATIONS

Les formules Direct Assurance Santé répondent aux conditions du contrat responsable et aux dispositions de la réforme du 100 % santé telles que définies dans votre Notice d'information.

Les garanties ci-dessous intègrent les remboursements de la Sécurité sociale française, et sont exprimées dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours

de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous. Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) et les Prix Limites de Vente (PLV) incluent la prise en charge du Régime Obligatoire. Sauf mention contraire, les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du Régime Obligatoire.

Lexique des abréviations :

- BR : Base de Remboursement
- DPTAM : Dispositif de Pratiques Tarifaires Maîtrisées
- PLV : Prix Limite de Vente

	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE	ÉQUILIBRE +	TRANQUILLITÉ	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE	BIEN-ÊTRE +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
<b>HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS FRAIS MATERNITÉ)<sup>1</sup></b>										
Honoraires de médecins adhérents à l'un des DPTAM	100 % BR		125 % BR <sup>2</sup>		150 % BR <sup>2</sup>		200 % BR <sup>2</sup>		300 % BR <sup>2</sup>	
Honoraires de médecins non adhérents à l'un des DPTAM	100 % BR		105 % BR <sup>2</sup>		130 % BR <sup>2</sup>		180 % BR <sup>2</sup>		200 % BR <sup>2</sup>	
Forfait journalier hospitalier					100 % Forfait					
Forfait actes lourds					100 % Forfait					
Frais de séjour en établissement conventionné ou non conventionné	100 % BR		125 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR	
Hospitalisation à domicile	100 % BR		125 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR	
Chambre particulière (par jour, dans la limite de 30 jours par année civile en moyen séjour)	Non pris en charge		20 €		30 €		45 €		60 €	
Lit d'accompagnant (par jour, dans la limite de 30 jours par année civile)	Non pris en charge		10 € <sup>3</sup>		20 € <sup>3</sup>		30 € <sup>3</sup>		40 € <sup>3</sup>	
<b>FORFAIT MATERNITÉ (BÉNÉFICIAIRE JUSQU'À 55 ANS)</b>										
Forfait naissance, y compris en cas d'adoption (la prestation est doublée en cas de naissance multiple)	Non pris en charge		Non pris en charge		Non pris en charge		200 €		300 €	
<b>SOINS COURANTS</b>										
<b>Honoraires médicaux</b>										
• Consultations, actes techniques médicaux, actes de chirurgie et visites de généralistes et spécialistes ayant adhéré à l'un des DPTAM	100 % BR		125 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR	
• Consultations, actes techniques médicaux, actes de chirurgie et visites de généralistes et spécialistes n'ayant pas adhéré à l'un des DPTAM	100 % BR		105 % BR		130 % BR		180 % BR		200 % BR	

	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE	ÉQUILIBRE +	TRANQUILLITÉ	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE	BIEN-ÊTRE +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
<b>SOINS COURANTS (SUITE)</b>										
<b>Imagerie médicale</b>										
• Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR		125 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR	
• Actes d'imagerie, échographies et dopplers pratiqués par un médecin non adhérent à l'un des DPTAM	100 % BR		105 % BR		130 % BR		180 % BR		200 % BR	
• La radiologie non prise en charge par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge		Non pris en charge		Non pris en charge		Non pris en charge		30 €	
<b>Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale</b>	100 % BR		125 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR	
<b>Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)</b>	100 % BR		125 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR	
<b>Médicaments</b>										
• Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65 % ou 30 %	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
• Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 15 %	Non pris en charge		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
• Moyens de contraception féminin non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin (bénéficiaire jusqu'à 55 ans)	Non pris en charge		Non pris en charge		25 €		25 €		45 €	
• Homéopathie prescrite et non prise en charge par la Sécurité sociale	Non pris en charge		Non pris en charge		Non pris en charge		40 €		60 €	
<b>Matériel médical : appareillage, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la Sécurité sociale</b>	100 % BR		125 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR	
<b>TRANSPORT</b>										
<b>Frais de transport</b>					100 % BR					
<b>MÉDECINE DOUCE<sup>4</sup></b>										
<b>Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, forfait dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire</b>	Non pris en charge		3 séances / an 20 € / séance		3 séances / an 25 € / séance		3 séances / an 30 € / séance		3 séances / an 40 € / séance	
<b>Diététicien</b>										
• Consultation prescrite par un médecin, dans la limite par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge		Non pris en charge		Non pris en charge		1 séance / an 30 € / séance		2 séances / an 40 € / séance	
• Un bilan diététique, dans la limite par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge		Non pris en charge		Non pris en charge		Non pris en charge		60 €	
<b>Pédicure, podologue, non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire</b>	Non pris en charge		Non pris en charge		30 €		40 €		50 €	

	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE	ÉQUILIBRE +	TRANQUILLITÉ	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE	BIEN-ÊTRE +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
<b>PRÉVENTION</b>										
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR		125 % BR		150 % BR		Frais réels		Frais réels	
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale, prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur Autorisation de Mise sur le Marché, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge		Non pris en charge		50 €		100 €		200 €	
Médicaments et produits à base de nicotine, prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) par année civile et par bénéficiaire	30 €		30 €		30 €		40 €		40 €	

## OPTIQUE<sup>5</sup>

<b>Verres et monture</b>										
• Équipements 100 % Santé (classe A) <sup>6</sup>	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation									
• Équipements à tarifs libres (classe B) <sup>7</sup> :										
- avec verres simples	100 % BR	100 €	100 €	125 €	125 €	200 €	200 €	250 €	250 €	300 €
- avec verres complexes	100 % BR	200 €	200 €	270 €	270 €	350 €	350 €	450 €	450 €	500 €
- avec verres très complexes	100 % BR	200 €	200 €	300 €	300 €	400 €	400 €	500 €	500 €	560 €
- bonus fidélité :										
◦ après 2 ans d'adhésion, votre garantie augmente de	Pas de bonus	+ 30 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 60 €		+ 60 €
◦ après 4 ans d'adhésion, votre garantie augmente à nouveau de	Pas de bonus	+ 30 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 40 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 60 €		+ 60 €
- dans tous les cas, le montant de la monture est plafonné à	100 % BR	50 €	50 €		50 €	70 €	70 €	100 €		100 €
<b>Lentilles</b>										
• Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale, par année civile et par bénéficiaire	100 % BR	40 €	40 €	50 €	50 €	80 €	80 €	100 €	100 €	180 €
• Au-delà, seules les lentilles prises en charge par la Sécurité sociale seront remboursées à hauteur de					100 % BR					
La chirurgie réfractive (opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie, de la presbytie par laser) par œil, par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge		Non pris en charge	250 €	250 €	400 €	400 €	500 €	500 €	800 €

## DENTAIRE

<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>8</sup></b>										
Soins (hors 100 % Santé) : consultations, soins courants, radiologie et parodontologie, pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR

	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE	ÉQUILIBRE +	TRANQUILLITÉ	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE	BIEN-ÊTRE +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
<b>DENTAIRE (SUITE)</b> Prothèses (hors 100 % Santé) à tarifs limités <sup>9</sup>	100 % BR dans la limite de 100 % PLV	125 % BR dans la limite de 100 % PLV	125 % BR dans la limite de 100 % PLV	150 % BR dans la limite de 100 % PLV	150 % BR dans la limite de 100 % PLV	200 % BR dans la limite de 100 % PLV	200 % BR dans la limite de 100 % PLV	300 % BR dans la limite de 100 % PLV	300 % BR dans la limite de 100 % PLV	400 % BR dans la limite de 100 % PLV
Prothèses (hors 100 % Santé) à tarifs libres <sup>10</sup>	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR
Orthodontie • Orthopédie dento-faciale prise en charge par la Sécurité sociale (bénéficiaire jusqu'à 16 ans)	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR
Acte dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale : implantologie, parodontologie, orthopédie dento-faciale et prothèses <sup>11</sup> , forfait par année civile et par bénéficiaire	Non pris en charge		Non pris en charge		Non pris en charge	200 €	200 €	300 €	300 €	400 €
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum	100 % BR		125 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR	

### AIDES AUDITIVES<sup>12</sup>

Équipements 100 % Santé <sup>13</sup>	Frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation									
Équipements à tarifs libres pour les bénéficiaires de 21 ans ou plus, par oreille et par période de 4 ans	400 €		500 €		600 €		800 €		1 200 €	
Équipements à tarifs libres pour les bénéficiaires de moins de 21 ans, par oreille et par période de 4 ans	1 400 €		1 500 €		1 700 €		1 700 €		1 700 €	
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR		125 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR	

### CURES THERMALES (JUSQU'À 70 ANS)

Prises en charge par la Sécurité sociale. Frais médicaux, frais de séjour et frais de transport Les dépassements des médecins non adhérents à l'un des DPTAM sont limités à 100 % BR	Non pris en charge		100 % BR		100 % BR		100 % BR		300 % BR	
--	--------------------	--	----------	--	----------	--	----------	--	----------	--

### ASSISTANCE

Garde d'enfants ou de petits-enfants pendant une hospitalisation	Dans la limite de 40 heures									
Garde d'animaux pendant une hospitalisation	Dans la limite de 250 €									
Aide-ménagère à la sortie d'une hospitalisation	Dans la limite de 40 heures									
Garde-malade à la sortie d'une hospitalisation	Dans la limite de 40 heures									
Livraison de médicaments à la sortie d'une hospitalisation	Pendant 30 jours à la sortie d'une hospitalisation									
Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 50 km du domicile									

1. Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

L'indemnisation des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation, et des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale, est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Au-delà des 30 jours, la garantie est limitée au Ticket Modérateur. Cette limitation à 30 jours ne s'applique pas au forfait journalier.

Les frais d'hospitalisation liés à un accouchement (y compris les dépassements d'honoraires) sont pris en charge dès le 1er jour au titre de l'hospitalisation.

2. Les 3 premiers mois d'assurance le taux de remboursement est limité à 100 %, sauf en cas d'accident, dans ce cas le taux entier est appliqué, ou en cas de reprise de contrat à la concurrence, dans ce cas le taux de votre ancien contrat est appliqué sans pouvoir excéder les limites prévues au tableau ci-dessus. Cela s'applique à la souscription du contrat et lors de l'ajout d'un bénéficiaire à l'exception des nouveau-nés.

3. Au titre de cette garantie, les frais d'hébergement en maison de parents pourront être pris en charge, pour une personne, dans la limite de 30 jours par année civile.

4. Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union européenne de Chiropraticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropraticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC). Les ostéopathes et les chiropracteurs doivent figurer aux répertoires nationaux RPPS ou ADELI. Les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les médecines douces ne sont pas prises en charge par la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° RPPS, le n° ADELI ou le n° FINESS du praticien sera demandé.

5. Les forfaits en euro sur les lunettes (verres et monture) intègrent le remboursement du Régime Obligatoire. En cas d'équipement mixte 100 % Santé et à tarif libre, la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou de la monture 100 % Santé.

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

6. Équipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis au deuxième alinéa de l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

7. Pour un équipement dont les verres relèvent de deux classes différentes, la garantie applicable est la moyenne des garanties de chaque classe.

8. Soins et prothèses 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente : PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

9. Prothèses à tarifs limités : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autres que les « Soins et prothèses 100 % Santé » dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente :

PLV) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

10. Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention telle que prévue à l'article L 162-9 du Code de la Sécurité sociale.

11. Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale : Parodontologie : curetage / surfaçage, greffe gingivale, lambeau, allongement coronaire. Implantologie dentaire : pose de l'implant (phase opératoire), faux moignon implantaire et dans la limite de 3 actes par année civile et par bénéficiaire. Prothèses fixes non prises en charge par la Sécurité sociale : couronnes et bridges sur dents vivantes ou non délabrées. Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la Sécurité sociale.

12. Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Les garanties des équipements auditifs exprimées en euros intègrent le remboursement du Régime Obligatoire.

13. Équipements 100 % Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe I à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L 165-3 du Code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous les exemples de remboursement (dont les exemples normés) en euros correspondant aux garanties de votre contrat.

Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux. Ces exemples sont pris en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale.

	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE	ÉQUILIBRE +	TRANQUILLITÉ	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE	BIEN-ÊTRE +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
<b>HOSPITALISATION</b>										
Forfait journalier hospitalier						20 €				
• Tarif réglementaire						0 €				
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire						20 €				
• Remboursement Direct Assurance Santé						0 €				
• Reste à charge										
• Précisions										
	Hors hospitalisation en milieu psychiatrique									

	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE	ÉQUILIBRE +	TRANQUILLITÉ	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE	BIEN-ÊTRE +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte										
• Prix moyen national de l'acte					355 €					
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire					247,70 €					
• Remboursement Direct Assurance Santé	24,00 €	24,00 €	91,13 €	91,13 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €	107,30 €
• Reste à charge	83,30 €	83,30 €	15,38 €	15,38 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
• Précisions	Opération de la cataracte (acte BFGA427)									
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM) pour une opération chirurgicale de la cataracte										
• Prix moyen national de l'acte					431 €					
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire					247,70 €					
• Remboursement Direct Assurance Santé	24,00 €	24,00 €	37,59 €	37,59 €	105,51 €	105,51 €	183,30 €	183,30 €	183,30 €	183,30 €
• Reste à charge	159,30 €	159,30 €	145,72 €	145,72 €	77,79 €	77,79 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
• Précisions	Opération de la cataracte (acte BFGA427)									
<b>SOINS COURANTS</b>										
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires										
• Tarif conventionnel					25 €					
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire					16,50 €					
• Remboursement Direct Assurance Santé					7,50 €					
• Reste à charge					1,00 €					
• Précisions	Franchise de 1 € sur le remboursement de la Sécurité sociale									
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires										
• Tarif conventionnel					30 €					
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire					20 €					
• Remboursement Direct Assurance Santé					9 €					
• Reste à charge					1 €					
• Précisions	Franchise de 1 € sur le remboursement de la Sécurité sociale									
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)										
• Prix moyen national de l'acte					44 €					
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire					20 €					
• Remboursement Direct Assurance Santé	9,00 €	9,00 €	16,50 €	16,50 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €	23,00 €
• Reste à charge	15,00 €	15,00 €	7,50 €	7,50 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €	1,00 €
• Précisions										

	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE	ÉQUILIBRE +	TRANQUILLITÉ	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE	BIEN-ÊTRE +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
<b>SOINS COURANTS (SUITE)</b>										
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie conventionné avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)										
• Prix moyen national de l'acte						56 €				
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire						15,10 €				
• Remboursement Direct Assurance Santé	6,90 €	6,90 €	8,05 €	8,05 €	13,80 €	13,80 €	25,30 €	25,30 €	29,90 €	29,90 €
• Reste à charge	34,00 €	34,00 €	32,85 €	32,85 €	27,10 €	27,10 €	15,60 €	15,60 €	11,00 €	11,00 €
• Précisions					Franchise de 1 € sur le remboursement de la Sécurité sociale					

<b>OPTIQUE</b>										
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % santé)										
• Prix Limite de Vente						125 €				
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire						22,50 €				
• Remboursement Direct Assurance Santé						102,50 €				
• Reste à charge						0,00 €				
• Précisions					Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % santé)										
• Prix moyen national de l'acte						345 €				
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire						0,09 €				
• Remboursement Direct Assurance Santé	0,06 €	99,91 €	99,91 €	124,91 €	124,91 €	199,91 €	199,91 €	249,91 €	249,91 €	299,91 €
• Reste à charge	344,90 €	245,00 €	245,00 €	220,00 €	220,00 €	145,00 €	145,00 €	95,00 €	95,00 €	45,00 €
• Précisions					Myopie entre -4 et -6 sur chaque œil pour un adulte avec monture au tarif de 100 € et 2 verres au tarif de 245 € (Hors Réseau Itelis)					

<b>DENTAIRE</b>										
Détartrage										
• Tarif conventionnel						28,92 €				
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire						20,24 €				
• Remboursement Direct Assurance Santé						8,68 €				
• Reste à charge						0,00 €				
• Précisions						-				

	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE +	ÉQUILIBRE	ÉQUILIBRE +	TRANQUILLITÉ	TRANQUILLITÉ +	BIEN-ÊTRE	BIEN-ÊTRE +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
<b>DENTAIRE (SUITE)</b>										
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100 % santé)										
• Prix Limite de Vente						500 €				
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire						84 €				
• Remboursement Direct Assurance Santé						416 €				
• Reste à charge						0 €				
• Précisions						-				
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires										
• Prix moyen national de l'acte						538,70 €				
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire						84,00 €				
• Remboursement Direct Assurance Santé	36,00 €	66,00 €	66,00 €	96,00 €	96,00 €	156,00 €	156,00 €	276,00 €	276,00 €	396,00 €
• Reste à charge	418,70 €	388,70 €	388,70 €	358,70 €	358,70 €	298,70 €	298,70 €	178,70 €	178,70 €	58,70 €
• Précisions						-				
Couronne céramo-métallique sur molaires										
• Prix moyen national de l'acte						538,70 €				
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire						75,25 €				
• Remboursement Direct Assurance Santé	32,25 €	59,13 €	59,13 €	86,00 €	86,00 €	139,75 €	139,75 €	247,25 €	247,25 €	354,75 €
• Reste à charge	431,20 €	404,33 €	404,33 €	377,45 €	377,45 €	323,70 €	323,70 €	216,20 €	216,20 €	108,70 €
• Précisions						-				
<b>AIDES AUDITIVES</b>										
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100 % Santé)										
• Prix Limite de Vente						950 €				
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire						240 €				
• Remboursement Direct Assurance Santé						710 €				
• Reste à charge						0 €				
• Précisions						Pour un adulte de 21 ans et plus				
Aide auditive de classe II par oreille										
• Prix moyen national de l'acte						1 476 €				
• Remboursement de l'assurance maladie obligatoire						240 €				
• Remboursement Direct Assurance Santé	160 €	160 €	260 €	260 €	360 €	360 €	560 €	560 €	960 €	960 €
• Reste à charge	1 076 €	1 076 €	976 €	976 €	876 €	876 €	676 €	676 €	276 €	276 €
• Précisions						Pour un adulte de 21 ans et plus				