

Profitez de garanties **supérieures** chaque année, sans changer de tarif* !



Année 1

Vous souscrivez une formule
F4
avec une date d'effet
15/09/2026

Année 2

Au **15/09/2027**,
vous bénéficierez
des garanties de la formule **F5**
au prix de
la formule **F4***

Année 3

Au **15/09/2028**,
vous bénéficierez
des garanties de la formule
F6
au prix de
la formule **F4***



Et quelle que soit votre formule de départ**, à chaque anniversaire* de votre contrat vous bénéficiez automatiquement*** des garanties de la formule supérieure au prix* de votre formule initiale.

* À compter de la formule F2, augmentation des garanties 2 années consécutives, prix hors effet de l'âge et indexation relative au niveau de garantie initialement souscrite. Pour la formule 11 l'évolution des garanties n'a lieu qu'une fois

**à l'exception de la formule F1 et de la F12

*** L'évolution des garanties se fait automatiquement sauf si vous choisissez de ne pas en bénéficier



		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12
Âge maximum de souscription		90 ans	90 ans	90 ans	90 ans	90 ans	90 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans
HOSPITALISATION & MATERNITÉ ⁽¹⁾													
Honoraires : chirurgie (hors chirurgie dentaire), anesthésie, obstétrique	OPTAM ou OPTAM CO*	100%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%	210%	220%
	Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	110%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%
Frais de séjour hospitalier hors secteur psychiatrique, convalescence, maison de repos, rééducation ⁽²⁾	Secteur conventionné	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral
	Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Frais de séjour : hospitalier Convalescence, Maison de repos, rééducation, psychiatrie ⁽²⁾		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait patientière ⁽³⁾		Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾		Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral
Frais de transport (sauf cures thermales)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière (max 30 jours/an) ⁽⁵⁾		-	20€/jour	25€/jour	30€/jour	35€/jour	40€/jour	45€/jour	50€/jour	55€/jour	60€/jour	65€/jour	70€/jour
Lit d'accompagnement (max 15 jours/an) ⁽⁶⁾		-	5€/jour	5€/jour	5€/jour	5€/jour	10€/jour	10€/jour	10€/jour	15€/jour	15€/jour	15€/jour	20€/jour
Téléphone, internet, télévision (max 15 jours par an)		5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour
Assistance Hospitalisation <div>Mutuaide</div>		→ 20h d'aide ménagère, → les frais de livraison de médicaments, → 20h de garde d'enfants,						→ la visite d'un proche avec transport A/R en train et frais d'hôtel, → la garde d'animaux domestique.					
MÉDECINE COURANTE & PHARMACIE													
Médecins spécialistes et généralistes – Radiologie – Imagerie – Actes techniques médicaux	OPTAM ou OPTAM CO	100%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%	210%	220%
	Hors OPTAM ou OPTAM CO	100%	100%	110%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%
Psychologues conventionnés remboursés par le RO (Dispositif mon parcours psy dans la limite de 8 séances par an et par assuré)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses – Examen de laboratoires – Auxiliaire médicaux		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, homéopathe, acupuncteur, mésothérapeute, réflexologue, pédicure, podologue, diététicien, naturopathe, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychologue, sexologue (max 30€ / séance)		-	30 €	30 €	60 €	60 €	90 €	90 €	90 €	120 €	120 €	150 €	150 €
Médicaments remboursés		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits non remboursés (y compris vaccins, contraceptifs)		-	30 €	30 €	30 €	40 €	40 €	40 €	50 €	50 €	50 €	60 €	60 €
Prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément pour petit appareillage		-	25 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €	225 €	250 €	275 €



		F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12
Âge maximum de souscription		90 ans	90 ans	90 ans	90 ans	90 ans	90 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans	85 ans
OPTIQUE													
Optique 100% SANTE	Verres et monture classe A	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral
Optique Hors 100% SANTE													
Forfait Optique, équipement complet remboursé par le RO (2 verres + Montures) ⁽⁷⁾ tous les 2 ans par assuré et selon le degré de correction	2 verres simples	100%	100 €	120 €	140 €	160 €	180 €	200 €	220 €	240 €	260 €	280 €	300 €
	1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	100%	125 €	145 €	165 €	185 €	205 €	225 €	245 €	265 €	285 €	305 €	325 €
	2 Verres complexes ou très complexes	100%	200 €	220 €	240 €	260 €	280 €	300 €	320 €	340 €	360 €	380 €	400 €
Lentilles prescrites remboursées ou non par le RO ⁽⁸⁾ - Forfait annuel		100%	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €	80 €	90 €	100 €	110 €
Chirurgie réfractive des yeux (forfait par an)		-	120 €	130 €	140 €	150 €	160 €	170 €	180 €	190 €	200 €	210 €	220 €
DENTAIRE													
Soins et prothèses Dentaire 100% Santé		Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral
Soins Dentaire hors 100 % Santé		100%	110%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%	210%
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie hors 100% Santé remboursés par le RO		100%	110%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%	210%
Orthodontie remboursé par le RO		100%	110%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%	210%
Dentaire non remboursé par le RO (implants non remboursés, orthodontie pour adulte) Forfait par an		-	110 €	120 €	130 €	140 €	150 €	160 €	170 €	180 €	190 €	200 €	210 €
Plafond de remboursement (sur l'ensemble du poste dentaire hors soins) incluant les montants remboursés dans le panier 100% Santé -Au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur		-	750 € /an	750 € /an	750 € /an	750 € /an	750 € /an	850 € /an	850 € /an	850 € /an	1000 € /an	1000 € /an	1000 € /an
APPAREILLAGE AUDITIF													
Équipement 100% SANTE (classe I)		Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral	Rb intégral
Équipement hors 100% SANTE		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait appareil auditif pris en charge par le RO(par an) ⁽⁹⁾		-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €	450 €	500 €	550 €	600 €
Accessoires et piles		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
PREVENTION ET BIEN ETRE													
Cure thermale prise en charge par le RO ⁽¹⁰⁾		100%	100%	110%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%
Forfait supplémentaire cure thermale remboursée par le RO	Y compris transport et hébergement	-	50 €	50 €	50 €	50 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	150 €	150 €
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la base du tarif de convention et intègrent le remboursement du Régime Obligatoire (RO). Elles sont accordées dans la limite des frais réels. Un seul niveau de garantie doit être souscrit pour une même famille. Les montants annuels en euro figurant dans ce tableau représentent des plafonds versés en sus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés.

Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre d'équipements de qualité sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, auditif définies par décret à partir du 1er janvier 2020 (les paniers). Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon les niveaux de garanties prévus au tableau de garanties de la formule que vous aurez choisi.

(1) Pendant les 60 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités à la prise en charge du ticket modérateur uniquement sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.

(2) Limités à hauteur de la garantie à 30 jours par bénéficiaire et par an en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cure de désintoxication), ainsi que pour les unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et unités et services prévus aux articles L174-6 du code de la sécurité sociale et L312-1 du code de l'action sociale et des familles (tel que les services de rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées). Au-delà de cette limite de 30 jours, la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.

(3) Il s'agit de la participation forfaitaire à la charge des assurés en cas de passages aux urgences hospitalières non suivis d'une hospitalisation.

(4) Illimité dans les établissements santé, à l'exception des séjours en unités et services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et ceux prévus aux articles L174-6 du code de la sécurité sociale et L312-1 du code de l'action sociale et des familles (tel que les services de rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées).

(5) Durée limitée à 30 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique. SONT EXCLUS de la garantie les séjours en gériatrie, les séjours en unités soins de suite et de réadaptation (SSR) et dans les services prévus aux articles L174-6 du code de la sécurité sociale et L312-1 du code de l'action sociale et des familles (tel que les services de rééducation fonctionnelle, maisons de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) et les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie)

(6) Lit d'accompagnement pris en charge pour un enfant hospitalisé jusqu'à 17 ans inclus en établissement de santé.

(7) Les forfaits indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an.

Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sauf dérogation indiquées dans la Notice d'information.

En outre, la prise en charge de la monture est limitée à 100€ (hors Classe A).

Corrections visuelles (définition contrat responsable) :

Correction simple :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Correction complexe :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Correction très complexe :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.»

(8) Pour le niveau 1, seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement. Lorsque le forfait en euros est atteint, seules les lentilles remboursées par le RO sont prises en charge, à hauteur de 100% BRSS

(9) Forfait par an et par bénéficiaire. Conformément au cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge ne pourra dépasser 1700€ par aide auditive, incluant la part des dépenses prises en charge par le régime obligatoire. Le forfait n'est pas applicable au-delà de 300€ pour les enfants de moins de 20 ans. Les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

(10) Cures thermales : prestation limitée aux frais réels et forfait uniquement versé pour les prestations remboursées dans le cadre de la cure thermique prescrite et prise en charge par le RO. Sur présentation des justificatifs dans la limite des frais réellement engagés.

*OPTAM / OPTAM-CO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

** SSR : Etablissement de soins de suite et de réadaptation