



Prestations en vigueur au 01/01/2022. Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité Sociale. Les taux incluent le remboursement du Régime Obligatoire. Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

	Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
	Non responsable						

SOINS COURANTS ⁽²⁾

Honoraires médicaux, radiologie, si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux, radiologie, si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	105%	130%	180%	200%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de biologie	100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Médicaments	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et appareillage acceptés SS	100%	100%	100%	100%	125%	150%	250%
Forfait prothèses et accessoires d'orthopédie (acceptés ou non) ⁽¹⁾⁽⁵⁾ - hors prothèses audio, dentaire et optique	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire

HOSPITALISATION ^{(2)(2bis)}

Honoraires si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Honoraires si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	105%	130%	180%	200%
Frais de séjour, auxiliaires médicaux et examens de biologie	100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Forfait journalier hospitalier illimité	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (services spécialisés)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
Transports remboursés par la CPAM	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière limitée à 60 jours / an / bénéficiaire (hors services spécialisés) ⁽¹⁾⁽⁵⁾	-	-	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	80 € / jour	90 € / jour
Chambre particulière limitée à 30 jours / an (services spécialisés) ⁽¹⁾⁽⁵⁾	-	-	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	80 € / jour	90 € / jour
Frais pour l'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans hospitalisé (hors services spécialisés) ⁽⁵⁾	-	-	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Forfait confort hospi : Télévision, connexion internet, téléphone - non intégrés dans la chambre particulière et limité à 60 jours/an	-	-	-	3 € / jour	6 € / jour	9 € / jour	12 € / jour
Cure thermale : forfait thermal	-	-	100%	150%	150%	150%	200%
Cure thermale : Hébergement et transport - frais d'hydrothérapie uniquement si participation du RO ⁽¹⁾	-	-	-	50 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire

OPTIQUE ⁽³⁾

Forfaits optiques fixés pour une prise en charge sur un équipement complet (monture + verres) par périodes de deux ans pour les adultes, d'une année pour les assurés de moins de 16 ans et de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. En cas d'évolution de la vue, la période est réduite à une année pour l'adulte.

Classe A : panier 100 % santé dans la limite du PLV ⁽³⁾							
Monture, verres, supplément filtre, prestations d'appareillage et d'adaptation	-	Frais réels (dans la limite des prix limites de vente au public)					
Classe B : autre que le 100 % santé ⁽³⁾ Monture plafonnée à 100 €							
Monture avec 2 verres simples	-	50 €/bénéf.	100 €/bénéf.	150 €/bénéf.	200 €/bénéf.	250 €/bénéf.	300 €/bénéf.
Ou monture avec un verre simple et un verre complexe	-	125 €/bénéf.	150 €/bénéf.	200 €/bénéf.	250 €/bénéf.	300 €/bénéf.	350 €/bénéf.
Ou monture avec un verre simple et un verre très complexe	-	125 €/bénéf.	175 €/bénéf.	225 €/bénéf.	275 €/bénéf.	325 €/bénéf.	375 €/bénéf.
Ou monture avec 2 verres complexes	-	200 €/bénéf.	200 €/bénéf.	250 €/bénéf.	300 €/bénéf.	350 €/bénéf.	400 €/bénéf.
Ou monture avec un verre complexe et un verre très complexe	-	200 €/bénéf.	250 €/bénéf.	300 €/bénéf.	350 €/bénéf.	400 €/bénéf.	450 €/bénéf.
Ou monture avec 2 verres très complexes	-	200 €/bénéf.	275 €/bénéf.	325 €/bénéf.	375 €/bénéf.	425 €/bénéf.	475 €/bénéf.
Prestation d'adaptation par équipement (si la prestation est associée à la prise en charge d'un équipement optique)	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
➤ Lentilles acceptées ⁽¹⁾	-	100%	100% + 50 € / an / bénéf.	100% + 100 € / an / bénéf.	100% + 150 € / an / bénéf.	100% + 200 € / an / bénéf.	100% + 250 € / an / bénéf.
➤ Ou lentilles cornéennes non remboursées SS ⁽¹⁾⁽⁵⁾	-	-	50 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
➤ Chirurgie laser de l'œil	-	-	-	150 € / oeil / bénéficiaire	200 € / oeil / bénéficiaire	250 € / oeil / bénéficiaire	300 € / oeil / bénéficiaire

AIDES AUDITIVES

Classe I : équipements 100% santé dans la limite des PLV ⁽⁴⁾	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Classe II : équipements hors 100% santé							
Aide auditive / oreille	-	100% par oreille	100% par oreille	100% + au-delà du TM 150 € par oreille	100% + au-delà du TM 200 € par oreille	100% + au-delà du TM 300 € par oreille	100% + au-delà du TM 400 € par oreille
Le remboursement (Prise en charge du RO, ticket modérateur et supplément) est plafonné à 1700 € / aide auditive ⁽⁴⁾	-	tous les 4 ans	tous les 4 ans	tous les 4 ans	tous les 4 ans	tous les 4 ans	tous les 4 ans
Accessoires & entretien prothèses auditives remboursés RO	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
	Non responsable						

DENTAIRE

	Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
Soins et prothèses 100% santé dans la limite du HLF	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins et prothèses hors 100% santé, remboursés par la CPAM							
Soins dentaires, actes techniques, chirurgie, radiologie, parodontologie	-	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Inlay-onlay, prothèses dentaires panier tarif maîtrisé dans la limite du HLF	-	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Inlay-onlay, prothèses dentaires et implants dentaires panier tarif libre	-	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Orthodontie acceptée SS	-	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Orthodontie refusée SS (1)(5)	-	-	-	150 € / semestre (300 € / an)	200 € / semestre (400 € / an)	250 € / semestre (500 € / an)	300 € / semestre (600 € / an)

VOTRE FORFAIT PRESTIGE

actes non remboursés par la CPAM (1)(2)(5)

	Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
Sport Santé bilan de santé - capacités physiques (maximum 3 bilans par an) & séances collectives dans les structures labellisées sport santé (5)	-	-	100 €/an / bénéficiaire	150 €/an / bénéficiaire	200 €/an / bénéficiaire	250 €/an / bénéficiaire	300 €/an / bénéficiaire
Cryothérapie							
Psychologue et Psychothérapeute							
Contraception							
Pédicure, podologue							
Acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, nutritionniste, sophrologue, réflexologue							
Huiles essentielles, homéopathie							
Bilan nutritionnel, diagnostic (enfant de moins de 12 ans)							
Éternelle Jeunesse (Concerne les traitements et stimulants liés aux déficits et dysfonctionnements sexuels)							
Amniocentèse							

VOTRE FORFAIT PRÉVENTION (1)(5)

	Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
Sevrage tabagique : médicaments d'aide à l'arrêt du tabac	-	-	-	40 €/an / bénéficiaire	60 €/an / bénéficiaire	75 €/an / bénéficiaire	90 €/an / bénéficiaire
Vaccins anti-grippe et vaccins non pris en charge							
Traitement Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA) prescrit par un médecin et non pris en charge par la Sécurité Sociale							
Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non pris en charge par la Sécurité Sociale							

VOTRE FORFAIT E-SANTÉ (1)

	Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
Téléassistance, télé-alarme	-	-	-	30 €/an / bénéficiaire	40 €/an / bénéficiaire	50 €/an / bénéficiaire	75 €/an / bénéficiaire

PRIMES & AIDES EXCEPTIONNELLES

	Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
Prime de Mariage / Pacs	Non responsable	-	-	100 €	125 €	150 €	200 €
Prime de naissance / adoption (7)	-	-	-	75 €/enfant	100 €/enfant	125 €/enfant	150 €/enfant
Aide à la procréation fécondation in vitro (1)	-	-	-	100 €/an	150 €/an	200 €/an	250 €/an
Aide à la procréation médicale assistée (1)	-	-	-	100 €/an	150 €/an	200 €/an	250 €/an

Inclus dans votre contrat (8)

- Accès au service de téléconsultations Médecin Direct (9)
- Plateforme d'intermédiation Proxime & moi (11)
- Just'assistance (10) (aides ménagères, service à la personne, acheminement des médicaments, assistance perte d'autonomie, protection juridique, etc)
- Sport sur ordonnance (ALD Sport) 500 € par an (6)
- Numéro d'écoute et de soutien psychologique 24/7 (12)

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique. PLV : Prix Limite de Vente. HLF : Honoraires Libres de Facturation. RO : Régime Obligatoire. SS : Sécurité Sociale. TM : Ticket Modérateur. Bénéf. : bénéficiaire. **PMSS 2022 : 3428 € *** Remboursement de la licence sportive à hauteur de 40 € par an et par bénéficiaire sur présentation d'une adhésion à un club ou une association sportive en cours de validité accompagnée de l'attestation du club ou association. Règlement sur justif.

*Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables à l'exception de la garantie « Nickel » qui ne respecte pas les dispositions de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale. Cette dernière est par conséquent soumise à un taux de taxe de solidarité additionnelle majoré et ne peut bénéficier des avantages sociaux et fiscaux attachés auxdits contrats. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable ou non, ne prennent pas en charge :

- La participation forfaitaire de 1 € laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé (e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- Les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins ;
- Dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical
- Les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations.
- Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160.16 du Code de la Sécurité sociale.

(1) L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile, à savoir au 1er janvier de chaque année.

(2) Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO et prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, sont limités doublement de la manière suivante : limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

(2bis) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale.

(3) L'annualité ou la pluriannualité, s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, à compter de la date de délivrance du dernier dispositif. Les forfaits optiques incluent la participation de la sécurité sociale.

- L'adhérent peut toujours choisir des équipements de classes différentes :

- Verres Classe A (100% santé) + monture Classe B (tarif libre) => Prise en charge intégrale des verres dans le respect des PLV 100% santé et pour la monture dans la limite du plafond autre que 100% santé correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite des coûts des verres et dans la limite de 100 €.
- Verres Classe B (autre 100% santé) + monture Classe A (100% santé) => Prise en charge des verres dans la limite du plafond de la Classe B correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût de la monture et pour la monture prise en charge intégrale dans le respect des PLV.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, combleant chacun un des deux déficits. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement.

Selon l'arrêté du 09 04 2019 pour la Classe B : Prix unitaire unique 0,05 € par verre et 0,05 € pour la monture.

Remboursement dans la limite des montants définis à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(4) Le forfait inclus le remboursement du Régime Obligatoire et le ticket modérateur (TM). Le renouvellement s'effectuera par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment. Les aides auditives sont remboursées à 60% par le régime obligatoire sur la base d'un tarif unitaire fixé et est plafonné à 1700€/aide auditive.

(5) Sur présentation de facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.

(6) Garantie assurée par la Mutuelle des Sportifs, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Siren 422 801 910, 2/4 rue Louis David, 75782 Paris Cedex 16, réservé aux primo-accédants en affection longue durée de moins de 3 ans, limité à 500€/an/bénéficiaire. Remboursement sur présentation de la facture acquittée, prescription médicale stipulant le sport sur ordonnance et avec une attestation de labellisation de la structure, notice sur www.justif.

(7) Sous réserve que l'enfant soit affilié au contrat dans les 2 mois suivant sa naissance.

(8) Fonctionnement et notices sur justif.

(9) Service assuré par Teladoc Health France, SAS, capital 87 100 euros, RCS 508 346 673, 2 rue de Choiseul, 75002 Paris, plateforme de téléconsultation disponible 7j/7 et 24h/24 sur https://medecinirect.fr ou via l'application mobile.

(10) Garantie assurée auprès de Garantie Assistance, Marque commerciale de Flassistance International, SA, capital 4100000€, RCS 433 012 689, entreprise régie par le Code des Assurances, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex et pour la protection juridique par A.C.D.R. Société d'assurance Mutuelle, entreprise régie par le code des Assurances, 53 Avenue de Verdun, 59300 Valenciennes, SIREN 318 084 902 et gérée par le CIE Cvis. SIREN 323 267 740, 90 Avenue de Flandre, 75019 Paris.

(11) Service assuré par Domplus Groupe, SAS, RCS 431 693 027, 3 rue Roland Garros, Mini parc Alpes Congrès – BAT G, 38320 EYBENS, expert de l'intermédiation et de l'accompagnement des personnes.

(12) Service assuré par Pros-Consulte Group, RCS 513 480 962, 10 B rue de Kerpape, 56 260 Larmor-Plage.