

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.

**Cuivre**  
(SANTEFO1)

**Argent**  
(SANTEFO2)

**Or**  
(SANTEFO3)


### SOINS COURANTS <sup>(2)</sup>

Honoraires médicaux si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	160%	200%
Honoraires médicaux si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	140%	180%
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de biologie	100%	160%	200%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Incluse	Incluse	Incluse
Médicaments	100%	100%	100%
+ Orthopédie, petit et grand appareillage (hors audio, dentaire et optique) <sup>(5)</sup>	180%	180%	180%
+ Fauteuils roulants <sup>(5)</sup>	100%	150%	200%



### HOSPITALISATION <sup>(2)</sup>

Honoraires si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	160%	200%
Honoraires si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	140%	180%
Frais de séjour, auxiliaires médicaux et examens de biologie	100%	100%	100%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Incluse	Incluse	Incluse
Forfait journalier hospitalier illimité	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transports remboursés par la CPAM	100%	100%	100%
+ Frais pour l'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans hospitalisé (limité à 30 jours / an) <sup>(1)(5)</sup>	1% PMSS	2% PMSS	3% PMSS
+ Chambre particulière hors ambulatoire - limitée à 45 jours par an ( <b>hors services spécialisés</b> ) <sup>(1)(5)</sup>	2% PMSS	2,5% PMSS	3% PMSS
+ Chambre particulière ambulatoire - limitée à 30 jours par an ( <b>hors services spécialisés</b> ) <sup>(1)(5)</sup>	0,5% PMSS	1% PMSS	1,5% PMSS
+ Chambre particulière limitée à 30 jours / an ( <b>services spécialisés</b> ) <sup>(1)(5)</sup>	2% PMSS	2,5% PMSS	3% PMSS
+ Cures médicales : forfait thermal, soins, hébergement et transport uniquement si participation du RO (maximum 21 jours / an) <sup>(1)(5)</sup>	2% PMSS / an / bénéficiaire	5% PMSS / an / bénéficiaire	7% PMSS / an / bénéficiaire



### OPTIQUE <sup>(3)</sup>

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 <sup>(3)</sup> monture plafonnée à 30 €

Monture, verres, supplément filtre, prestations d'appareillage et d'adaptation	Frais réels		Frais réels		Frais réels	
	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
<b>Classe B : autre que le 100 % santé <sup>(3)</sup> Monture plafonnée à 100 €</b>						
Monture avec 2 verres simples	250 €	200 €	325 €	250 €	400 €	300 €
Ou monture avec un verre simple et un verre complexe	250 €	200 €	325 €	250 €	400 €	300 €
Ou monture avec un verre simple et un verre très complexe	250 €	200 €	325 €	250 €	400 €	300 €
Ou monture avec 2 verres complexes	250 €	200 €	325 €	250 €	400 €	300 €
Ou monture avec un verre complexe et un verre très complexe	250 €	200 €	325 €	250 €	400 €	300 €
Ou monture avec 2 verres très complexes	250 €	200 €	325 €	250 €	400 €	300 €
Prestation d'adaptation par équipement (si la prestation est associée à la prise en charge d'un équipement optique)	100%		100%		100%	
+ Lentilles acceptées <sup>(1)</sup>	100% + 50 € / an / bénéficiaire		100% + 126 € / an / bénéficiaire		100% + 200 € / an / bénéficiaire	
+ Ou lentilles refusées <sup>(1)(5)</sup>	50 € / an		126 € / an		200 € / an	



### DENTAIRE <sup>(1)</sup>

Soins et prothèses 100% santé dans la limite du HLF	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Soins et prothèses hors 100% santé, remboursés par la CPAM</b>			
Soins dentaires, actes techniques, chirurgie, radiologie, parodontologie	100%	100%	125%
Inlay-onlay panier tarif maîtrisé (dans la limite du HLF) et panier tarif libre	100%	100%	125%
Prothèses dentaires panier tarif maîtrisé (dans la limite du HLF), prothèses dentaires et implants dentaires panier tarif libre	125%	225%	300%
Orthodontie remboursée	125%	225%	250%
+ Orthodontie non remboursée par la CPAM <sup>(1)(5)(7)</sup>	-	225%	300%
+ Prothèses dentaires non remboursées par la CPAM <sup>(1)(5)(7)</sup>	-	225%	300%

**Cuivre**  
(SANTEFO1)

**Argent**  
(SANTEFO2)

**Or**  
(SANTEFO3)

**AIDES AUDITIVES**

Classe I : équipements 100% santé dans la limite des PLV (4)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Classe II : équipements hors 100% santé</b> Aide auditive / oreille. Le remboursement (prise en charge du RO, Ticket modérateur et supplément) est plafonné à 1700 € / aide auditive (4)	100%	100%	100%
Accessoires & entretien prothèses auditives remboursés par le RO	100%	100%	100%

**VOTRE FORFAIT PRESTIGE**  
actes non remboursés par la CPAM(1)(2)(5)

	Cuivre (SANTEFO1)	Argent (SANTEFO2)	Or (SANTEFO3)
+ Vaccins non remboursés	1,5% PMSS / an	3% PMSS / an	5% PMSS / an
+ Détartrage annuel complet sus et sous-gingival (2 séances maximum)	100%	100%	100%
+ Vaccinations seules ou combinées de la diphtérie, du tetanos et de la poliomyélite et ce quel que soit l'âge	100%	100%	100%
+ Ostéodensitométrie	-	70 € / an	70 € / an

**MÉDECINE DOUCE (1)(5)**

	Cuivre 50 € / an	Argent 75 € / an	Or 100 € / an
Chiropractie	Éternelle jeunesse (traitements et stimulants liés aux déficits et dysfonctionnements sexuels)		
Ostéopathie	Acupuncture		
Podologue et pédicure			

**Inclus dans votre contrat(8)**

+ Accès au service de téléconsultations Médecin Direct (9)
+ Just'assistance (10) (aides ménagères, service à la personne, acheminement des médicaments, assistance perte d'autonomie, protection juridique, etc)
+ Plateforme d'intermédiation Proxime & moi (11)
+ Sport sur ordonnance (ALD Sport) 500€ / an (6)
+ Remboursement de la licence sportive jusqu'à 40 € / an / bénéficiaire***
+ Numéro d'écoute et de soutien psychologique 24/7 (12)

**OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisé. **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisé 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** : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale. **PMSS 2022** : 3428 €  
 \*Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables. 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 ;  
 - La majoration forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin ;  
 - Des 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. \*\*\* 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.

(1) L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, à compter de sa propre s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire par année civile, à savoir à compter du 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.  
 (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 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, corrigeant 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.fr](http://www.justif.fr).  
 (7) Sur la base reconstituée d'un acte d'une prothèse dentaire de 107,50€, sur la base reconstituée d'un acte T090( 193,50€) pour l'orthodontie.  
 (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://medecindirect.fr> ou via l'application mobile.  
 (10) Garantie assurée auprès de Garantie Assistance, Marque commerciale de Filassistance 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 GIE Civis. 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.