



Contrats responsables* et 100% santé

Prestations en vigueur au 01/01/2024. Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité Sociale. Les taux incluent le remboursement de la Sécurité Sociale. Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

PRESTIGE1
PRESTIGE2

Non responsable



SOINS COURANTS ⁽²⁾

Honoraires médicaux si le médecin si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	400%	Frais réels
Honoraires médicaux si le médecin si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	200%	Frais réels
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Incluse	Incluse
Honoraires paramédicaux, examens de biologie et analyses	400%	Frais réels
Consultations de psychologues remboursées par la SS (dans la limite de 8 séances par an)	100%	100%
Médicaments	100%	Frais réels
+ Petit et grand appareillage acceptés SS - hors prothèses audio, dentaire et optique	300%	Frais réels
+ Fauteuils roulants	200%	Frais réels



HOSPITALISATION ^{(2)(2bis)}

Honoraires si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	400%	Frais réels
Honoraires si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	200%	Frais réels
Frais de séjour, auxiliaires médicaux et examens de biologie	100%	Frais réels
Forfait journalier illimité	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences ⁽⁶⁾	Inclus	Inclus
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Incluse	Incluse
Transports remboursés SS	150%	Frais réels
+ Chambre particulière limitée à 45 jours / an / bénéficiaire ⁽¹⁾⁽⁵⁾	120 € / jour	Frais réels
+ Frais pour l'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans hospitalisé (limités à 30 jours/an) ⁽¹⁾⁽⁵⁾	50 € / jour	Frais réels
+ Frais pour l'accompagnant d'un adulte de plus de 65 ans hospitalisé (limités à 30 jours/an) ⁽¹⁾⁽⁵⁾	50 € / jour	Frais réels
+ Cure thermale libre : forfait thermal	300 € / an / bénéficiaire	Frais réels
+ Cure thermale libre : hébergement et transport - frais d'hydrothérapie uniquement si la cure thermale est remboursée SS ⁽¹⁾	200 € / an / bénéficiaire	Frais réels



OPTIQUE ⁽³⁾

Forfaits optiques fixés pour une prise en charge sur un équipement complet (monture + verres) par période 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 des PLV ⁽³⁾		
Monture, verres, supplément filtre, prestations d'appareillage et d'adaptation	Frais réels	Frais réels
Classe B : autre que le 100% santé ⁽³⁾ Monture plafonnée à 100 € par bénéficiaire		
avec 2 verres simples	320 € / bénéficiaire	Frais réels
Ou un verre simple et un verre complexe	460 € / bénéficiaire	Frais réels
Ou un verre simple et un verre très complexe	510 € / bénéficiaire	Frais réels
Ou 2 verres complexes	600 € / bénéficiaire	Frais réels
Ou un verre complexe et un verre très complexe	650 € / bénéficiaire	Frais réels
Ou 2 verres très complexes	700 € / bénéficiaire	Frais réels
Prestation d'adaptation par équipement (si la prestation est associée à la prise en charge d'un équipement optique)	100%	100%
+ Et lentilles acceptées SS ⁽¹⁾⁽⁵⁾	100% + 400 € au-delà du TM ou en l'absence de TM / an / bénéficiaire	Frais réels
+ Ou lentilles cornéennes refusées SS ⁽¹⁾⁽⁵⁾	400 € au-delà du TM ou en l'absence de TM / an / bénéficiaire	Frais réels
+ Chirurgie laser de l'œil, kératotomie	450 € / an	Frais réels



DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé dans la limite des HLF	Frais réels	Frais réels
Soins et prothèses hors 100% santé, remboursés SS		
Soins dentaires, actes techniques, chirurgie, radiologie, parodontologie	300%	Frais réels
Inlay-onlay panier tarif maîtrisé dans la limite des HLF et panier tarif libre	300%	Frais réels
Prothèses dentaires panier tarif maîtrisé dans la limite des HLF	400%	Frais réels
Prothèses dentaires et implants dentaires panier tarif libre	400%	Frais réels
Orthodontie acceptée SS	400%	Frais réels
+ Orthodontie refusée SS ⁽¹⁾⁽⁵⁾	500 € / semestre	Frais réels
+ Prothèses dentaires refusées SS ⁽¹⁾⁽⁵⁾	500 € / an	Frais réels

AIDES AUDITIVES

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

FORFAIT PRESTIGE actes non remboursés SS ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁵⁾





+ Ostéodensitométrie	50 € / an	75 € / an
+ Sevrage tabagique médicaments d'aide à l'arrêt du tabac	50 € / an	100 € / an

VOTRE FORFAIT PRESTIGE

actes non remboursés SS ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁵⁾

PRESTIGE1
200 € / an / bénéficiaire

PRESTIGE2
300 € / an / bénéficiaire

 Sport Santé bilan de santé - capacités physiques (maximum 3 bilans par an) & séances collectives dans les structures labellisées sport santé	 Acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, sophrologue, pédicure, podologue
 Vaccins non remboursés	 Homéopathe (limité à 2 séances par an, maximum 25 € / séance)

Inclus dans votre contrat ⁽⁷⁾

+ Accès au service de téléconsultations Médecin Direct ⁽⁸⁾
+ Just'assistance (aides ménagères en cas d'hospitalisation, service à la personne, acheminement des médicaments, assistance perte d'autonomie) et protection juridique ⁽⁹⁾
+ Sport sur ordonnance (ALD Sport) 500 €
+ Numéro d'écoute et de soutien psychologique 24/7 ⁽¹⁰⁾

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 Limites de Facturation. **SS** : Sécurité Sociale. **TM** : Ticket Modérateur. **Bénéf.** : bénéficiaire. ****PMSS 2024** : 3864 €. ******* remboursement de la licence sportive à hauteur de 40 € par année et par bénéficiaire sur présentation d'une attestation ou d'une facture du club ou de l'association concerné(e). Règlement sur just.fr.

*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 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 soin ;

- 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, à compter de sa propre date d'affiliation, à savoir à compter de la date de la prise d'effet du bulletin d'adhésion mentionnant ce bénéficiaire.

(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, 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 inclut 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 plafonné à 1700 € / aide auditive.

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

(6) Dans la limite du forfait réglementé en vigueur.

(7) Fonctionnement et notices sur just.fr

(8) 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.

(9) 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.

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