

Garanties	SECURITE SOCIALE	PRO JUST AUTOMOBILE Sécurité Sociale + Mutuelle
MEDECINE COURANTE		
Consultations généralistes et spécialistes Si le médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) (3)	70% / 100%	150%
Consultations généralistes et spécialistes Si le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)(3)	70% / 100%	130%
Actes d'analyse et de biologie	60% / 100%	140%
Actes techniques médicaux Si le médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)(3)	70% / 100%	150%
Actes techniques médicaux Si le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)(3)	70% / 100%	130%
Visites généralistes et spécialistes Si le médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)(3)	70% / 100%	150%
Visites généralistes et spécialistes Si le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)(3)	70% / 100%	130%
Radiologie, imagerie Si le médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS) (3)	70% / 100%	150%
Radiologie, imagerie Si le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)(3)	70% / 100%	130%
Participation forfaitaire de 18 € sur les actes > 120 €	-	OUI
Auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes...)	60% / 100%	140%
Pharmacie (hors pharmacie non remboursable PHN)	15% / 30% / 65%	100%
Petit appareillage (minerve, bas de contention, attelle...)	60% / 100%	140%
Transport médical accepté par la sécurité sociale	65% / 100%	145%
HOSPITALISATION		
Frais de séjour Médicale et Chirurgicale, de salle, auxiliaires, examens de biologie	80% / 100%	230%
Honoraires Si médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)(3)	80% / 100%	230%
Honoraires Si médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS)(3)	80% / 100%	210 % jusqu'au 31 12 2016 200 % à compter du 01 01 2017
Participation forfaitaire de 18 € sur les actes > 120 €	-	OUI
Forfait journalier illimité	-	100% frais réels
Frais de lit d'accompagnant	-	20€ par jour
Chambre particulière (y compris la maternité)	-	35€ par jour
DENTAIRE		
Soins dentaires	70%	100%
Prothèses acceptées par la sécurité sociale	70%	270%
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	70% / 100%	200%
Prothèses non prises en charge par la sécurité sociale, par acte	-	107,50 €
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale (assurés de moins de 25 ans), par acte	-	96,75 €
OPTIQUE : (1bis) (2)		
Forfait exprimé en euros comprenant le ticket modérateur et le montant de la monture = 120 euros maximum		
Verres	60%	1060%/verre
Plafond annuel ticket modérateur inclus pour les deux verres :		
2 verres simples	60%	320 €
1 verre simple + 1 verre complexe	60%	460 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	60%	510 €
2 verres complexes	60%	600 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	60%	650 €
2 verres très complexes	60%	700 €
Monture	60%	120€
Lentilles correctrices remboursées ou non par la sécurité sociale (par an)(1bis)	60% / -	100 % + 130 €
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil)	-	130 €
AUTRES		
Forfait naissance ou adoption	-	250 €
Forfait "bien-être" (par an)(1) : Ostéopathie, chiropractie, pharmacie (PHN) et vaccins non remboursés, substituts nicotiniques remboursés par la sécurité sociale, étioopathie, pédicure-podologie	-	100 €
Prothèses auditives	60%	260%
Actes de prévention (1)		
Détartrage annuel complet sus-et sous-gingival, effectué en deux séances (SC12)(3) (3bis)	70%	170% si médecin a adhéré au CAS 150 % si médecin n'a pas adhéré au CAS
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans (ATM). (3)(3BIS)	70%	
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE (4)		
Aides ménagères en cas d'hospitalisation, services à la personne, Acheminement médicaments, école à domicile, frais médicaux à l'étranger Assistance Juridique, Médicale, Vie quotidienne, etc...	Just Assistance	Sur simple appel téléphonique inclus dans votre contrat

Votre contrat est un contrat solidaire et responsable.

Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité Sociale. Les taux incluent le remboursement du Régime Obligatoire.

CAS : Contrat d'Accès aux Soins

(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.

(1bis) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1bis), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, à compter de la date d'acquisition du premier équipement optique et de lentilles.

(2) : **Forfaits optiques** fixés pour une prise en charge sur un équipement complet (montures + verres) par périodes de deux ans pour les adultes et d'une année pour les enfants. En cas d'évolution de la vue, la période est ramenée à une année pour l'adulte.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas limitée et le ticket modérateur est couvert systématiquement.

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 des contrats peuvent couvrir une prise en charge

de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Pour la lecture de la présente grille de garanties :

Verre simple : verres simples foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

Verre complexe : verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs

Verre très complexe : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

(3) : Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins 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 (125% pour les soins délivrés en 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité

(3 bis) : afin de procéder au complément de remboursement, nous transmettre la facture précisant qu'il s'agit d'actes de prévention, pour les actes mentionnés (3bis)

(4) : Garantie assurée auprès de Garantie Assistance, SA au capital de 1.850.000€, entreprise régie par le code des assurances, RCS Paris n°312.512.493, siège sociale 38 rue de la Bruyère 75009 PARIS