

Label'Convention

Contrats responsables* et 100% santé

Prestations en vigueur au 01/01/2021. 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.

	Base (SPORTBASE)	Option 1 ⁽⁵⁾ (SPORTOPT1)	Option 2 ⁽⁵⁾ (SPORTOPT2)
	Régime conventionnel	Régime négociés	



SOINS COURANTS⁽⁴⁾

Visites, consultations généralistes si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	120%	130%	130%
Visites, consultations généralistes si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%
Visites, consultations spécialistes, actes imageries, d'échographie, électroradiographie, otéodensitométrie, actes de chirurgie et techniques médicaux Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	150%	175%	200%
Visites, consultations spécialistes, actes imageries, d'échographie, électroradiographie, otéodensitométrie, actes de chirurgie et techniques médicaux Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	120%	130%	180%
Auxiliaires médicaux, analyses	100%	100%	100%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Médicaments	100%	100%	100%
+ Orthopédie et autres prothèses acceptées SS	130%	160%	220%



HOSPITALISATION⁽⁴⁾

Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	150%	190%	200%
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	120%	150%	180%
Frais de séjour	130%	150%	180%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier et psychiatrique illimité	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transports remboursés par la CPAM	100%	100%	100%
+ Frais pour l'accompagnant d'un enfant jusqu'à 12 ans hospitalisé (hors services personnalisés) ⁽⁶⁾	-	30 € / jour	40 € / jour
+ Chambre particulière limité à 30 jours (hors ambulatoire)	-	30 € / jour	40 € / jour



OPTIQUE⁽²⁾

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⁽²⁾			
Monture, verres, supplément filtre, prestations d'appariage et d'adaptation	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Classe B : autre que le 100 % santé⁽²⁾ Monture plafonnée à 100 €			
Monture avec deux verres simples	150 €	160 €	210 €
Ou monture avec un verre simple et un verre complexe	230 €	240 €	320 €
Ou monture avec un verre simple et un verre très complexe	230 €	240 €	320 €
Ou monture avec deux verres complexes	285 €	330 €	420 €
Ou monture avec un verre complexe et un verre très complexe	285 €	330 €	420 €
Ou monture avec deux verres très complexes	285 €	330 €	420 €
Prestation d'adaptation par équipement (si la prestation est associée à la prise en charge d'un équipement optique)	100%	100%	100%
Autres suppléments pour verres de classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	100%	100%	100%
+ Lentilles acceptées, refusées ou jetables ⁽¹⁾	100% + 70 €/an	100% + 150 €/an	100% + 200 €/an



AUDITIF

Classe I : équipements 100% santé dans la limite des PLV^(1bis)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Classe II : équipements hors 100% santé			
Aide auditive / oreille. Le remboursement (Prise en charge du RO, ticket modérateur et supplément) est plafonné à 1700 € / aide auditive ^(1bis)	130% / bénéficiaire et par oreille tous les 4 ans	160% / bénéficiaire et par oreille tous les 4 ans	220% / bénéficiaire et par oreille tous les 4 ans
Accessoires & entretien prothèses auditives (y compris piles) remboursés par le RO	100%	100%	100%

Base (SPORTBASE)	Option 1 ⁽⁵⁾ (SPORTOPT1)	Option 2 ⁽⁵⁾ (SPORTOPT2)
Régime conventionnel	Régime négociés	




DENTAIRE ⁽¹⁾

	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins et prothèses 100% santé dans la limite du PLV			
Soins et prothèses hors 100% santé, remboursés par la CPAM			
Soins dentaires, actes techniques, chirurgie, radiologie, parodontologie	100%	100%	100%
Inlay-onlay panier tarif maîtrisé (dans la limite du PLV) et panier tarif libre	160%	200%	200%
Soins et prothèses dentaires panier tarif maîtrisé (dans la limite du PLV) Prothèses dentaires panier tarif libre	175%	200%	270%
Orthodontie remboursée par la CPAM	160%	200%	270%

MÉDECINE DOUCE ⁽¹⁾

	25 € / an limité à 1 séance par an et par bénéficiaire	25 € / an limité à 2 séance par an et par bénéficiaire	25 € / an limité à 3 séance par an et par bénéficiaire
Ostéopathie ⁽⁶⁾			
Actes de prévention contrat responsable	100%	100%	100%

Inclus dans votre contrat

-  Accès au service de téléconsultations Médecin Direct
-  Just'assistance ⁽³⁾ (aides ménagères, service à la personne, acheminement des médicaments, assistance perte d'autonomie, protection juridique, etc)
-  Plateforme d'intermédiation Proxime & moi

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. **RO** : Régime Obligatoire. **TM** : Ticket Modérateur.

*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 ;
- 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.

(1) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.

(1 bis) : 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.

(2) : 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.

(3) : 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 social 38 rue de la Bruyère 75009 PARIS.

(4) : Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou à l'OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique) 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.

(5) : y compris régime de BASE.

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