

Label'Ville

Contrats responsables* et 100% santé

Jusqu'à
40 €
remboursés sur votre
licence sportive

MUTUELLE
JUST

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.

	Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
Non responsable							

SOINS COURANTS ⁽³⁾

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 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
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⁾⁽⁶⁾	-	-	-	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire

HOSPITALISATION ⁽³⁾

Honoraires médicaux si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux 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 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 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transports remboursés par la CPAM	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
⊕ Chambre particulière limitée à 60 jours / an / bénéficiaire (hors services spécialisés) ⁽¹⁾⁽⁶⁾	-	-	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	80 € / jour	90 € / jour
⊕ Chambre particulière (services spécialisés) limitée à 30 jours / an ⁽¹⁾⁽⁶⁾	-	-	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) ⁽⁶⁾	-	-	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 ⁽⁶⁾	-	-	-	3 € / jour	6 € / jour	9 € / jour	12 € / jour
⊕ Cure thermale : forfait thermal	-	-	100%	100%	150%	150%	200%
⊕ Cure thermale : hébergement - transport uniquement si participation du RO ⁽¹⁾	-	-	-	50 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire

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 (dans la limite des prix limites de vente au public)
Classe B : autre que le 100 % santé ⁽²⁾ 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⁾⁽⁶⁾	-	-	50 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire
⊕ Chirurgie laser de l'œil	-	-	-	150 € / œil / bénéficiaire	200 € / œil / bénéficiaire	250 € / œil / bénéficiaire	300 € / œil / bénéficiaire

AUDITIF

Classe I : équipements 100% santé dans la limite des PLV ^(1bis)	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Classe II : équipements hors 100% santé							
Aide auditive / oreille	-	100% par oreille tous les 4 ans	100% par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 150 € par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 200 € par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 300 € par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 400 € par oreille tous les 4 ans
Le remboursement (Prise en charge du RO, ticket modérateur et supplément) est plafonné à 1700 € / aide auditive ^(1bis)	-						
Accessoires & entretien prothèses auditives remboursés RO	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
--------	--------	--------	--------	----	---------	--------

Non responsable

DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé dans la limite du PLV	-	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 PLV	-	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 ⁽⁶⁾	-	-	-	150 € / semestre	200 € / semestre	250 € / semestre	300 € / semestre

VOTRE FORFAIT PRESTIGE

actes non remboursés par la CPAM ⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁶⁾

Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
--------	--------	--------	--------	----	---------	--------

Sport sur ordonnance, bilan de santé - capacités physiques (maximum 3 bilans par an) & séances collectives dans les structures labellisées sport santé ⁽⁵⁾	Acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, nutritionniste, sophrologue, réflexologue
Cryothérapie	Huiles essentielles
Psychologue et Psychothérapeute	Bilan nutritionnel, diagnostic (enfant de moins de 12 ans)
Contraception orale (nouvelles générations)	Éternelle Jeunesse (Concerne les traitements et stimulants liés aux déficits et dysfonctionnements sexuels)
Pédicure, podologue	Amniocentèse

VOTRE FORFAIT PRÉVENTION

Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
--------	--------	--------	--------	----	---------	--------

Sevrage tabagique : médicaments d'aide à l'arrêt du tabac	Traitement Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA) prescrit par un médecin et non pris en charge par la Sécurité Sociale
Vaccins anti-grippe et vaccins non pris en charge	Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non pris en charge par la Sécurité Sociale

VOTRE FORFAIT E-SANTÉ

Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
--------	--------	--------	--------	----	---------	--------

Téléassistance, télé-alarme

PRIMES & AIDES EXCEPTIONNELLES

Nickel	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine	Titane
--------	--------	--------	--------	----	---------	--------

Non responsable

⊕ Prime de Mariage/Pacs	-	-	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

- ⊕ Accès au service de téléconsultations Médecin Direct
- ⊕ Plateforme d'intermédiation Proxime & moi
- ⊕ Just'assistance ⁽⁴⁾ (aides ménagères, service à la personne, acheminement des médicaments, assistance perte d'autonomie, protection juridique, etc)

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. **SS** : Sécurité Sociale. **TM** : Ticket Modérateur. **Bénéf.** : bénéficiaire.

*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 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) : 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.

(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 social 38 rue de la Bruyère 75009 PARIS

(5) : Le remboursement s'effectuera sur présentation de facture acquittée + prescription médicale stipulant le sport sur ordonnance + l'attestation de labellisation de la structure.

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

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