

Label'Jeunesse

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.

Like (10 € / mois)	Tag (15 € / mois)	Follow (20 € / mois)	Share (30 € / mois)
-----------------------	----------------------	-------------------------	------------------------

Non responsable



SOINS COURANTS ⁽⁴⁾

	Like (10 € / mois)	Tag (15 € / mois)	Follow (20 € / mois)	Share (30 € / mois)
Honoraires médicaux si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	125%	150%
Honoraires médicaux si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	105%	130%
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de biologie	100%	100%	100%	100%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Médicaments	100%	100%	100%	100%
+ Orthopédie, petit & grand appareillage, fauteuils roulants	100%	100%	100%	100%



HOSPITALISATION ⁽⁴⁾

	Like (10 € / mois)	Tag (15 € / mois)	Follow (20 € / mois)	Share (30 € / mois)
Honoraires médicaux si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	125%	150%
Honoraires médicaux si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	105%	130%
Frais de séjour, auxiliaires médicaux et examens de biologie	100%	100%	125%	150%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier illimité selon tarif en vigueur	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prix journée (service spécialisé)	100%	100%	100%	100%
Transports remboursés par la CPAM	100%	100%	100%	100%
+ Chambre particulière illimitée y compris ambulatoire (hors services spécialisés) ⁽⁵⁾	-	-	30 € / jour	50 € / 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 (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 €	50 €	200 €
Ou monture avec un verre simple et un verre complexe	-	125 €	125 €	250 €
Ou monture avec un verre simple et un verre très complexe	-	150 €	150 €	300 €
Ou monture avec 2 verres complexes	-	200 €	200 €	350 €
Ou monture avec un verre complexe et un verre très complexe	-	250 €	250 €	400 €
Ou monture avec 2 verres très complexes	-	275 €	275 €	425 €
Prestation d'adaptation par équipement (si la prestation est associée à la prise en charge d'un équipement optique)	-	100%	100%	100%
+ Lentilles acceptées ⁽¹⁾	-	100%	100%	100% + au-delà du TM 100 €/an
+ Lentilles refusées ⁽¹⁾	-	-	-	en l'absence de TM 100 €/an



AUDITIF

Classe I : équipements 100% santé dans la limite des PLV ^(1bis)

Frais réels (dans la limite des prix limites de vente au public)

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)

Accessoires & entretien prothèses auditives remboursés par le RO	-	100%	100%	100%
--	---	------	------	------

Like
(ETUDIANT1)Tag
(ETUDIANT2)Follow
(ETUDIANT3)Share
(ETUDIANT4)

Non responsable



	Like (ETUDIANT1)	Tag (ETUDIANT2)	Follow (ETUDIANT3)	Share (ETUDIANT4)
Soins et prothèses 100% santé dans la limite du PLV	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins et prothèses hors 100% santé, remboursés par la CPAM				
Soins dentaires, actes techniques, chirurgie, radiologie, parodontologie	-	100%	100%	125%
Inlay-onlay panier tarif maîtrisé (dans la limite du PLV) et panier tarif libre	-	100%	100%	125%
Prothèses dentaires panier tarif maîtrisé (5) (dans la limite du PLV) prothèses dentaires et implants dentaires panier tarif libre	-	100%	100%	125%
+ Orthodontie	-	100%	100%	125%

VOTRE FORFAIT PRESTIGE actes non remboursés par la CPAM.

Forfait annuel maximum par an, reprenant l'ensemble des 9 prestations ci-dessous (1)(5)(6)

	Like 100 € / an	Tag 150 € / an	Follow 200 € / an	Share 300 € / an
	à répartir	à répartir	à répartir	à répartir
Contraception non remboursée SS (Pilule, contraception d'urgence, préservatif masculin ou féminin, stérilet, implant & dispositif intra uterin, patch contraceptif)	30 € / an**	50 € / an**	70 € / an**	90 € / an**
Auto test HIV	-	25 € / an**	25 € / an**	25 € / an**
Test de grossesse	-	15 € / an**	15 € / an**	15 € / an**
Arrêt du tabac	30 € / an**	30 € / an**	30 € / an**	30 € / an**
Automédication (Médicaments accessibles en pharmacie sans prescription médicale, hors compléments alimentaires)	20 € / an**	25 € / an**	30 € / an**	35 € / an**
Médecines douces (Homéopathie, ostéopathie, chiropractie, pédicure, podologie, acupuncture)	30 € / an**	40 € / an**	50 € / an**	60 € / an**
Sport (participation à la pratique sportive)	40 € / an**	40 € / an**	40 € / an**	40 € / an**
Protection hygiénique (serviettes hygiéniques, tampons, cup, culottes de régè-slip)	30 € / an**	30 € / an**	35 € / an**	35 € / an**
Huiles essentielles	15 € / an**	15 € / an**	15 € / an**	15 € / an**

Inclus dans votre contrat

- +** Accès au service de téléconsultations Médecin Direct
- +** Plateforme d'intermédiation Proxime & moi
- +** Just'assistance (3) (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. **TM** : Ticket Modérateur.

*Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables à l'exception de la garantie «Like» 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 inclut le remboursement du Régime Obligatoire et le ticket modérateur. 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'anné 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) : Sur présentation de facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.

(6) : Le total des remboursements opérés par la Mutuelle au titre des actes non remboursés suivi «**» s'effectue dans la limite d'un forfait maximum annuel.