GARANTIES 2024
AEM SANTÉ R

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

Sécurité sociale incluse sauf forfait

HOSPITALISATION[1]		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires secteur conventionné	Médecin DPTAM	200% BR
	Médecin non DPTAM	180% BR
Honoraires secteur non conventionné		180% BR
Frais de séjour secteur conventionné		300% BR
Frais de séjour secteur non conventionné		270% BR
Chambre particulière ou allocation journalière* (par jour)		46 € par jour ou 13 € à compter du 2ème jour
*** Illimitée en chirurgicale - Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie**		90/90/30 jours
Frais accompagnant (par jour)		20 €
Limitation : âge / durée		< 12 ou > 65 ans / 30 jours
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Forfait Patient Urgence		FR
Transport		150% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites : généralistes, spécialistes	Médecin DPTAM	150% BR
	Médecin non DPTAM	125% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux	Médecin DPTAM	150% BR
	Médecin non DPTAM	130% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		150% BR
Psychologue remboursé par le RO (2)		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		150% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par le RO		100% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Autres prothèses *(MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)* (3)		200% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires *(PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)* (3)		200% BR
Orthopédie *(COR, DVO)* (3)		200% BR
OPTIQUE		
Un équipement (monture + 2 verres)		
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. Les forfaits optiques incluent le TM. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.		
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verres		Aucun reste à charge
Panier de soins libre - Équipement Classe B		
Monture + 2 verres		215 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
Autres prestations optiques		
Lentilles remboursées ou non par le RO [4]		40 € / an
DENTAIRE		
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		Aucun reste à charge
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré		
Parodontologie		210% BR
Inlay onlay		230% BR
Inlay core		230% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO		250% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO		110 € / an
Orthodontie remboursée par le RO		210% BR
AIDES AUDITIVES		

Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).

Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Panier de soins libre	
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO	200% BR
Forfait entretien, frais de réparation	40 € / an
PRÉVENTION	
Cures Thermales prises en charge par le RO	
Frais d'établissement et d'honoraires	115 € / an
Frais de transport et d'hébergement	
Examen de la densitométrie osseuse non remboursé par le RO (tous les 3 ans)	50 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le RO	20 € / an
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Maternité - Prime **(délai de carence de 9 mois)**	191 €
SERVICES	
Assistance	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24 et 7j/7	oui
Tiers Payant	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui
Protection juridique	oui

BR : Base de remboursement - **RO :** Régime Obligatoire - **FR :** Frais Réels - **DPTAM :** les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.**

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des honoraires limites de facturation, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des honoraires limites de facturation. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) sont exclus.

(2) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr/

(3) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.

(4) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR pour les lentilles remboursées par le RO

La cotisation est calculée en tenant compte de votre âge au 31 décembre 2023.

UniAssur

GARANTIES 2024
CEM SANTÉ R

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

Sécurité sociale incluse sauf forfait

HOSPITALISATION[1]		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires secteur conventionné	Médecin DPTAM	300% BR
	Médecin non DPTAM	200% BR
Honoraires secteur non conventionné		200% BR
Frais de séjour secteur conventionné		300% BR
Frais de séjour secteur non conventionné		270% BR
Chambre particulière* (par jour)		100 €
*** Illimitée en chirurgicale - Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie**		90/90/30 jours
Frais accompagnant (par jour)		30 €
Limitation : âge / durée		< 12 ou > 65 ans / 30 jours
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Forfait Patient Urgence		FR
Transport		130% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations et visites : généralistes, spécialistes	Médecin DPTAM	130% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux	Médecin DPTAM	130% BR
	Médecin non DPTAM	110% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		130% BR
Psychologue remboursé par le RO (2)		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		130% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par le RO		100% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Autres prothèses *(MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)* (3)		300% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires *(PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)* (3)		300% BR
Orthopédie *(COR, DVO)* (3)		300% BR
OPTIQUE		
Un équipement (monture + 2 verres)		

Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. Les forfaits optiques incluent le TM. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.

Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verres		Aucun reste à charge
Panier de soins libre - Équipement Classe B		
Monture + 2 verres		276 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
Autres prestations optiques		
Lentilles remboursées ou non par le RO [4]		45 € / an
DENTAIRE		
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		Aucun reste à charge
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré		
Parodontologie		185% BR
Inlay onlay		240% BR
Inlay core		240% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO		260% BR
Orthodontie remboursée par le RO		260% BR
Plafond dentaire pour le panier de soins modéré et libre, inlay onlay, inlay core, les prothèses et l'orthodontie remboursées par le RO [5]		*2 280 € tous les 2 ans*

AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).	
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Panier de soins libre	
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO	300% BR
Forfait entretien, frais de réparation	40 € / an
PRÉVENTION	
Cures Thermales prises en charge par le RO	
Frais d'établissement et d'honoraires	92 € / an
Frais de transport et d'hébergement	
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Maternité - Prime **(délai de carence de 9 mois)**	700 €
Allocation obsèques **(délai de carence de 10 mois)**	150 €
SERVICES	
Assistance	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24 et 7j/7	oui
Tiers Payant	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui
Protection juridique	oui

BR : Base de remboursement - **RO :** Régime Obligatoire - **FR :** Frais Réels - **DPTAM :** les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.**

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des honoraires limites de facturation, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des honoraires limites de facturation. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) sont exclus.

(2) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr/

(3) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.

(4) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR pour les lentilles remboursées par le RO

(5) Le plafond dentaire exclut les remboursements de prestations exprimées en euros ou pour lesquelles le tarif est opposable (sans dépassement d'honoraires possible). Au-delà du plafond, les autres actes seront remboursés à hauteur de 100% BR.

La cotisation est calculée en tenant compte de votre âge au 31 décembre 2023.

GARANTIES 2024
OPTIMA R - INNOVATION R - EXCELLENCE R RESPONSABLE

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. Les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse sauf forfait		
		OPTIMA R	**INNOVATION R**	**EXCELLENCE R**
HOSPITALISATION[1]				
Forfait journalier hospitalier		Ilimité	Illimité	Illimité
Honoraires secteur conventionné	Médecin DPTAM	175% BR	150% BR	200% BR
	Médecin non DPTAM	150% BR	125% BR	175% BR
Frais de séjour secteur conventionné, non conventionné		175% BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire (illimité en chirurgicale)		40 €	55 €	46 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		90/60/30 jours	90/60/30 jours	90/60/30 jours
Frais accompagnant (par jour) (enfant de moins de 16 ans et max. 30 jours)		40 €	55 €	46 €
Forfait Patient Urgence		FR	FR	FR
Transport		100% BR	100% BR	100% BR
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations et visites : généralistes, spécialistes	Médecin DPTAM	175% BR	175% BR	200% BR
	Médecin non DPTAM	150% BR	125% BR	175% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux	Médecin DPTAM	175% BR	150% BR	200% BR
	Médecin non DPTAM	150% BR	125% BR	175% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure- podologue, masseur-kinésithérapeute		175% BR	150% BR	200% BR
Psychologue remboursé par le RO (2)		100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		175% BR	150% BR	200% BR
Médicaments				
Médicaments remboursés par le RO		100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés par le RO ou automédication		70 € / an	75 € / an	90 € / an
Matériel médical remboursé par le RO				
Autres prothèses *(MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)* [3]		100% BR + 220 € / an	100% BR + 300 € / an	100% BR + 240 € / an
Orthopédie *(COR, DVO)* [3] Petit appareillage, pansements, accessoires *(PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)* [3]		100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement
Grand appareillage *(VEH, ORP, POC, PME, PII)* [3]		100% BR	100% BR	100% BR
OPTIQUE				
Un équipement (monture + 2 verres)				
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. Les forfaits optiques incluent le TM. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.				
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)				
Monture + Verres		Aucun reste à charge		
Panier de soins libre - Équipement Classe B				
Monture + 2 verres		390 €	425 €	440 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR	100% BR	100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)		
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A		
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de Classe A et dans la limite de 100 €		
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)		
Autres prestations optiques				
Lentilles remboursées ou non par le RO[4]		175 € / an	175 € / an	200 € / an
Chirurgie réfractive		390 € / an	400 € / an	440 € / an
DENTAIRE				
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR	100% BR	100% BR
Panier de soins 100% Santé - Prothèses dentaires dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		Aucun reste à charge		
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré				
Parodontologie		100% BR	100% BR	100% BR
Inlay onlay		300% BR	300% BR	350% BR
Inlay core		300% BR	300% BR	350% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO		400% BR	350% BR	400% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO		140 € / an	120 € / an	160 € / an
Implantologie (implant + pilier) non remboursée par le RO				
Orthodontie remboursée par le RO		400% BR	350% BR	400% BR
Plafond dentaire (hors soins et panier de soins 100% santé) (5)		*1830 € / an*	*2000 € / an*	*2200 € / an*

AIDES AUDITIVES			
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).			
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)			
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge		
Panier de soins libre			
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO	100% BR + 793 €	100% BR + 800 €	100% BR + 910 €
Forfait entretien, frais de réparation	40 € / an	40 € / an	40 € / an
PRÉVENTION			
Diététicien, ostéopathe [6]	25€ / séance 2 séances / an	20 € / séance 2 séances / an	25 € / séance 3 séances / an
Pédicure-podologue [6]	35 € / an	30 € / an	40 € / an
Cures Thermales prises en charge par le RO			
Frais de traitement et d'honoraires Frais de voyage et d'hébergement	390 € / an	400 € / an	420 € / an
Examen de la densitométrie osseuse non remboursé par le RO (tous les 3 ans)	35 €	30 €	60 €
Vaccin anti-grippe	20 € / an	20 € / an	20 € / an
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
GARANTIES +			
Maternité - Prime	190 €	190 €	190 €
Allocation obsèques **(délai de carence de 10 mois)** [7]	540 €	540 €	540 €
Participation activités sportives ou intellectuelles	**35 € par an, limitée à 2 bénéficiaires par contrat**		
SERVICES			
Assistance	oui	oui	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24 et 7j/7	oui	oui	oui
Tiers Payant	oui	oui	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui	oui	oui
Protection Juridique Santé	oui	oui	oui

BR : Base de remboursement - **RO :** Régime Obligatoire - **FR :** Frais Réels - **DPTAM :** les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.**

Gratuité 3ème enfant et suivant.

Les enfants de l'adhérent sont couverts jusqu'à la fin de l'année civile de leurs 28 ans, sous réserve de fournir un certificat de scolarité. Les enfants à la charge de leurs parents présentant leur carte d'invalidité sont assimilés aux enfants de moins de 28 ans.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des honoraires limites de facturation, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des honoraires limites de facturation. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) sont exclus.

(2) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr/

(3) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.

(4) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR pour les lentilles remboursées par le RO.

(5) Au-delà du plafond, les actes remboursés par le RO seront pris en charge à hauteur de 100% BR.

(6) Pour les actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

(7) Dont les droits à l'allocation décès ne sont pas ouverts auprès de la Sécurité sociale des Mines.

La cotisation est calculée en tenant compte de votre âge au 1er janvier 2023.

Assureur : IDENTITÉS MUTUELLE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541
Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS - www.identites-mutuelle.com
Courtier gestionnaire : UNIASSUR - S.A.R.L. au capital de 7 622,45 € / RCS Sarreguemines 413 851 353
Siège social : 13, rue Eugène Kloster, 57800 Freyming-Merlebach
Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr)
Numéro ORIAS 07 001 655 – www.orias.fr
Assisteur : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 444 269 682
Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44121 Vertou Cedex - www.ressources-mutuelles-assistance.fr

GARANTIES 2024
APEMME 100 - 125 - 150 - 200 - 250 RESPONSABLE

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse sauf forfait				
		APEMME 100	**APEMME 125**	**APEMME 150**	**APEMME 200**	**APEMME 250**
HOSPITALISATION[1]						
Forfait journalier hospitalier						
Etablissements hospitaliers		Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
Centres médico-sociaux		-	-	-	-	Illimité
Etablissements de soins de suite (long séjour)		-	-	-	-	90 jours
Honoraires secteur conventionné	Médecin DPTAM	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR	105% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Honoraires secteur non conventionné		100% BR	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Frais de séjour secteur conventionné		100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Frais de séjour secteur non conventionné		100% BR	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire (illimité en chirurgicale)		- *	31 €*	40 € *	46 € *	70 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		-	90/60/30 jours	90/60/30 jours	90/60/30 jours	90/60/30 jours
Frais accompagnant (par jour)		-	31 €	40 €	46 €	50 €
Limitation : âge / durée		-	< 16 ans / 30 jours	< 16 ans / 30 jours	< 16 ans / 30 jours	< 16 ou > 75 ans / 30 jours
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR	FR	FR	FR	FR
Forfait Patient Urgence		FR	FR	FR	FR	FR
Transport		100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
Consultations et visites : généralistes	Médecin DPTAM	100% BR *	125% BR *	150% BR *	200% BR *	250% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR	105% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Consultations et visites : spécialistes	Médecin DPTAM	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR	105% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux	Médecin DPTAM	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR	105% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Psychologue remboursé par le RO (2)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Médicaments						
Médicaments remboursés à 65%		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 30%		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15%		-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments et préparations magistrales prescrits et non remboursés par le RO		-	-	-	-	60 € / an
Matériel médical remboursé par le RO						
Autres prothèses *(MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)* [3]		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	100% BR + 200€
Petit appareillage, pansements, accessoires *(PAN, AAR, MAC, ARO, GLU, DVO)* [3]		100% BR + 33% du dépassement				200% BR
Grand appareillage *(VEH, ORP, POC, PME, PII)* [3]		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	200% BR
Orthopédie *(COR)* [3]		100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
OPTIQUE						
Un équipement (monture + 2 verres)						
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.						
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)						
Monture + Verres		Aucun reste à charge				
Panier de soins libre - Équipement Classe B						
Monture + 2 verres simples		50 € *	90 € *	135 € *	175 € *	200 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe		125 €*	125 € *	150 € *	200 € *	300 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes		200 €*	200 € *	230 € *	250 € *	400 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)				
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A				
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de Classe A et dans la limite de 100 €				
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)				
Autres prestations optiques						
Lentilles remboursées par le RO [4]		100% BR	50 € / an	100 € / an	150 € / an	200 € / an
Lentilles non remboursées par le RO		-				
Chirurgie réfractive		non	100 € / an	200 € / an	300 € / an	300 € / an
DENTAIRE						
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Panier de soins 100% Santé - Prothèses dentaires dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		Aucun reste à charge				
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré						
Parodontologie		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	250% BR
Inlay onlay		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	250% BR
Inlay core		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	250% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO		- *	100 € / an*	120 € / an*	140 € / an*	200 € / an
Implantologie (implant + pilier) , parodontologie non remboursées par le RO						200 € / an
Orthodontie remboursée par le RO		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	250% BR
Plafond dentaire (hors soins et panier de soins 100% santé) (5)		*1000 € / an*	*1200 € / an*	*1500 € / an*	*2000 € / an*	*2500 € / an*

AIDES AUDITIVES					
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).					
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)					
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge				
Panier de soins libre					
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO dont piles, accessoires, frais de réparation	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	250% BR
Forfait prothèses auditives	***non***	***260€ / oreille***	***325€ / oreille***	***400€ / oreille***	***450€ / oreille***
PRÉVENTION					
Diététicien, ostéopathe, homéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur, pédicure-podologue [6], étiopathe (7)	40 € par an et par bénéficiaire	110 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire	30€ par séance max. 4 séances par an par bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par le RO					50 € / an
Contraception					50 € / an
Sevrage tabagique					40 € / an
Cures Thermales prises en charge par le RO					
Frais d'établissement et d'honoraires	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Frais de transport et d'hébergement	100% BR	100 € / an	125 € / an	160 € / an	250 € / an
Examen de la densitométrie osseuse (tous les 3 ans)	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	65 €
Vaccin anti-grippe	20 € / an	20 € / an	20 € / an	20 € / an	20 € / an
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
GARANTIES +					
Maternité	6 mois de cotisations offertes pour le nouveau né				-
Allocation obsèques **(délai de carence de 9 mois)**	-	200 €	250 €	300 €	1 000 €
Participation activités sportives ou intellectuelles	**35 € / an, limitée à 2 bénéficiaires par contrat**				
SERVICES					
Assistance	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24 et 7j/7	oui	oui	oui	oui	oui
Tiers Payant	oui	oui	oui	oui	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui	oui	oui	oui	oui
Protection juridique	oui	oui	oui	oui	oui

BR : Base de remboursement - **RO :** Régime Obligatoire - **FR :** Frais Réels - **DPTAM :** les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.**

Gratuité 3ème enfant et suivant.

Les enfants de l'adhérent sont couverts jusqu'à la fin de l'année civile de leurs 28 ans, sous réserve de fournir un certificat de scolarité. Les enfants à la charge de leurs parents présentant leur carte d'invalidité sont assimilés aux enfants de moins de 28 ans.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des honoraires limites de facturation, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des honoraires limites de facturation. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) sont exclus.

(2) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr/

(3) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.

(4) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.

(5) Au-delà du plafond, les actes remboursés par le RO seront pris en charge à hauteur de 100% BR.

(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

(7) Pour des actes réalisés par un étiopathe enregistré au répertoire national des étiopathes.

La cotisation est calculée en tenant compte de votre âge au 31 décembre 2023.

* **Prestation éligible aux Bonus.**

GARANTIES 2024
AEM SANTÉ - CEM SANTÉ NON RESPONSABLE

Les remboursements sont limités aux frais réels engagés. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait soit en plafond de garantie. Les prestations sont exprimées en pourcentage du tarif opposable ou de la base de remboursement et viennent en complément des remboursements du Régime Obligatoire. Les montants des forfaits et plafonds de garanties sont exprimés en euros, appliqués par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non respect du parcours de soins coordonnées sont laissées à la charge du patient.

		En complément de la Sécurité Sociale	
		AEM SANTÉ	**CEM SANTÉ**
HOSPITALISATION (1)			
Honoraires (médicale, chirurgicale, frais de chirurgie)	Établissements conventionnés	100% FR	100% FR
	Établissements non conventionnés	90% FR	90% FR
	Dépassements d'honoraires	100% BR	200% BR
Chambre particulière (sauf maternité) ou allocation journalière		50 € de participation par jour ou 13 € à compter du 2ème jour (sauf prescription médicale et maternité, nous consulter)	100 % FR
Frais accompagnant (par jour) pour les enfants de moins de 12 ans ou adultes de plus de 65 ans		20 €	30 €
Forfait Patient Urgence		FR	FR
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations et visites : généralistes, spécialistes		50% BR	50% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux			
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute			
Psychologue remboursé par le RO (2)		40% BR	40% BR
Analyses et examens de laboratoire		50% BR	50% BR
Médicaments			
Médicaments remboursés par le RO		100% BR	100% BR (pour les affiliés du Régime Local ou Général)
Matériel médical remboursé par le RO			
Autres prothèses *(MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)* (3) Orthopédie *(COR, DVO)* (3) Petit appareillage, pansements, accessoires *(PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)* (3)		125% BR	200% BR
OPTIQUE (4)			
Monture remboursée par le RO		-	100 € tous les 2 ans par bénéficiaire
Verres et lentilles (les prestations monture et lentilles ne sont pas cumulables)		-	200 € / an
Monture ou lentilles remboursées par le RO		100 € tous les 2 ans par bénéficiaire	-
Verres remboursés par le RO (par prescription)		150 €	-
DENTAIRE			
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR	100% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO		160% BR	160% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO		120 € / an	-
Orthodontie remboursée par le RO		110% BR	160% BR
Plafond dentaire pour les prothèses et l'orthodontie		-	*2 280€ tous les 2 ans / bénéficiaire*
AIDES AUDITIVES			
Appareillage auditif		125% BR	200% BR
Forfait entretien, frais de réparation		40 € / an	40 € / an
PRÉVENTION			
Cures Thermales prises en charge par le RO		150 € / an	100 € / an
Examen de la densitométrie osseuse		50 € / an	-
Vaccin anti-grippe		20 € / an	-
GARANTIES +			
Naissance ou adoption **(délai de carence de 9 mois)**		191 €	700 €
Allocation obsèques **(délai de carence de 10 mois)**		-	150 €
SERVICES			
Assistance		oui	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24 et 7j/7		oui	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)		oui	oui
Protection juridique		oui	oui

BR : Base de remboursement - **FR :** Frais Réels - **Tarif opposable :** Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) sont exclus.
(2) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr/
(3) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(4) La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la sécurité sociale.
Prise en compte de votre âge au 1er janvier 2023.

Assureur : IDENTITÉS MUTUELLE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541
Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS - www.identites-mutuelle.com
Courtier gestionnaire : UNIASSUR - S.A.R.L. au capital de 7 622,45 € / RCS Sarreguemines 413 851 353
Siège social : 13, rue Eugène Kloster, 57800 Freyming-Merlebach
Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr)
Numéro ORIAS 07 001 655 – www.orias.fr
Assisteur : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 444 269 682
Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44121 Vertou Cedex - www.ressources-mutuelles-assistance.fr

GARANTIES 2024
EXCELLENCE - OPTIMA
NON RESPONSABLE

Les remboursements sont limités aux frais réels engagés. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait, soit en plafond de garantie. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire. Les montants des forfaits et plafonds de garanties sont exprimés en euros, appliqués par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non respect du parcours de soins coordonnées sont laissées à la charge du patient.

		Sécurité sociale incluse	
		EXCELLENCE	**OPTIMA**
HOSPITALISATION [1]			
Forfait journalier hospitalier		FR	-
Honoraires	Secteur conventionné	200% BR	175% BR
	Secteur non conventionné dans la limite de 90% des frais réels	200% BR	175% BR
	Dépassement d'honoraires de chirurgie	200% BR	-
Chambre particulière (par jour)		50 €*	40 €*
Lit accompagnant (par jour)	Enfant de moins de 16 ans	30 €*	40 €
	Adulte de plus de 65 ans	30€ *	-
Forfait Patient Urgence		FR	FR
Transport		150% BR	100% BR
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations et visites : généralistes, spécialistes		200% BR	150% BR
Actes de petite chirurgie		200% BR	100% BR
Radiologie, autres actes médicaux		150% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-			
Psychologue remboursé par le RO (2)		100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		150% BR	100% BR
Médicaments			
Médicaments remboursés par le RO		100% BR	100% BR
Matériel médical remboursé par le RO			
Autres prothèses *(MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)* (3) Orthopédie *(COR, DVO)* (3)		300% BR	160 €
Petit appareillage, pansements, accessoires *(PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)* (3)		200% BR	100% BR avec une majoration de 33% du dépassement
OPTIQUE			
Monture		150 €	125 €
Verres		125 € par verre	115 € par verre
Forfait lentilles		125 € / an	115 € / an
Chirurgie de la myopie		250 € par œil / an	-
Le remboursement des frais de verres et lentilles est limité globalement, par an et par bénéficiaire, à : (4)		*250 €*	*230 €*
DENTAIRE			
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR	100% BR
Orthodontie remboursée par le RO		400% BR	400% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO		400% BR	400% BR
Le remboursement des frais de prothèses dentaires et d'orthodontie est limité globalement, par an et par bénéficiaire, à :		*2 500 €*	*1 830 €*
AIDES AUDITIVES			
Prothèses auditives		1000 € par oreille	400 € par oreille
Forfait entretien, frais de réparation		40 € / an	40 € / an
Dépistage de l'audition		62 € / an	62 € / an
PRÉVENTION			
Ostéopathe [5]		25 € / séance 3 séances / an / bénéficiaire	25 € / séance 2 séances / an / bénéficiaire
Cures thermales remboursées par le RO		200 € / an / bénéficiaire avec max. 300 € / an / famille	390 € / an
Ostéodensitométrie non remboursé par le RO		FR	50 € / an
Détartrage		62 € / an	62 € / an
Vaccin anti-grippe		20 € / an	20 € / an
GARANTIES +			
Naissance ou adoption **(délai de carence de 9 mois)**		250 €	190 €
Allocation obsèques en cas de décès : de l'affilié, de son conjoint, partenaire ou concubin ou d'un enfant à charge (âge limite 65 ans) **(délai de carence de 10 mois)**		600 €	540 €

SERVICES		
Assistance	oui	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24 et 7j/7	oui	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui	oui
Protection Juridique Santé	oui	oui

BR : Base de remboursement - **RO :** Régime Obligatoire - **FR :** Frais Réels - **Tarif opposable : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.**

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) sont exclus.
(2) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr/
(3) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(4) La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la sécurité sociale.
(5) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.
Prise en compte de votre âge au 1er janvier 2023.

*** dans la limite de 90 jours par an et par bénéficiaire pour le médical et la maternité.**

GARANTIES 2024
ENVOL - CONFORT - SÉRÉNITÉ - EXCELLIMA NON RESPONSABLE

Les remboursements sont limités aux frais réels engagés. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait, soit en plafond de garantie. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire. Les montants des forfaits et plafonds de garanties sont exprimés en euros, par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non respect du parcours de soins coordonnées sont laissées à la charge du patient.

		Sécurité sociale incluse			
		ENVOL [1]	**CONFORT**	**SÉRÉNITÉ**	**EXCELLIMA**
HOSPITALISATION [2]					
Forfait journalier hospitalier		FR	FR	FR	FR
Chirurgicale et médicale					
Honoraires et frais de séjours		150% BR	200% BR	300% BR	300% BR
Chambre particulière (par jour)		40 €	50 €	60 €	70 €
Frais accompagnant (par jour) [3]		30 €	40 €	50 €	60 €
Forfait Patient Urgence		FR	FR	FR	FR
Maternité					
Honoraires et frais de séjours		100% BR	200% BR	300% BR	300% BR
Chambre particulière (par jour et dans la limite de 100% FR)		-	50 €	60 €	70 €
Transport		100% BR	200% BR	300% BR	350% BR
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations et visites : généralistes, spécialistes		100% BR	200% BR	300% BR	350% BR
Radiologie, autres actes médicaux, actes de petites chirurgie		100% BR	200% BR	300% BR	350% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		100% BR	200% BR	300% BR	350% BR
Psychologue remboursé par le RO (4)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	200% BR	300% BR	350% BR
Médicaments					
Médicaments		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés par le RO		-	-	-	20 €
Matériel médical remboursé par le RO					
Autres prothèses *(MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)* (5) Orthopédie *(COR, DVO)* (5)		100% BR	200% BR	300% BR	350% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires *(PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)* (4)		100% BR	200% BR	300% BR	300% BR
OPTIQUE					
Monture (1 monture tous les 2 ans) (*)	Adulte	70 €	120 €	180 €	180 €
	Enfant	30 €	70 €	90 €	90 €
Verres (1 paire tous les 2 ans sauf nouvelle prescription) (*)	Unifocal	40 € pour 2 verres	60 € pour 2 verres	100 € pour 2 verres	150 € pour 2 verres
	Multifocal	70 € pour 2 verres	100 € pour 2 verres	250 € pour 2 verres	350 € pour 2 verres
Lentilles remboursées ou non par le RO		60 € / an	100 € / an	140 € / an	160 € / an
Chirurgie réfractive		160 € / an	250 € / an	350 € / an	350 € / an
DENTAIRE					
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie remboursée par le RO		200% BR	300% BR	400% BR	400% BR
Prothèses dentaires	Couronnes céramiques (max 4)	150 € / dent / an	300 € / dent / an	400 € / dent / an	450 € / dent / an
	Autres prothèses	170% BR	300% BR	400% BR	450% BR
Implants		100 € / an	200 € / an	300 € / an	500 € / an
AIDES AUDITIVES					
Prothèses auditives		100% BR	200% BR	300% BR	350% BR
Forfait entretien, frais de réparation		40 € / an	40 € / an	40 € / an	40 € / an
Dépistage de l'audition (par an et par bénéficiare)		-	-	-	50 € / an
PRÉVENTION					
Ostéopathe [6]		-	20 € / séance (max. 2)	25 € / séance (max. 3)	25 € / séance (max. 3)
Cures thermales remboursées par le RO		-	150 € / an par famille	200 € / an par famille	200 € / an par adhérent 150 € / an par conjoint 100 € / an par enfant
Ostéodensitométrie		100% BR	200% BR	300% BR	300% BR
Sevrage tabagique et pilules contraceptives		30 € / an	40 € / an	50 € / an	50 € / an
Vaccin anti-grippe		-	20 € / an	20 € / an	20 € / an
GARANTIES +					
Naissance ou adoption **(délai de carence de 9 mois)**		-	300 €	300 €	300 €
Allocation obsèques en cas de décès **(délai de carence de 10 mois)**					
	de l'affilié ou de son conjoint	-	450 €	600 €	600 €
	d'un enfant à charge	-	450 €	600 €	600 €
SERVICES					
Assistance		oui	oui	oui	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24 et 7j/7		oui	oui	oui	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)		oui	oui	oui	oui
Protection Juridique Santé		oui	oui	oui	oui

BR : Base de remboursement - **RO :** Régime Obligatoire - **FR :** Frais Réels - **Tarif opposable : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.**

(1) Sauf régime minier.
(2) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour), les hospitalisations en soins de suite et en psychiatrie sont exclus.
(3) Lit et repas accompagnant :
- prise en charge quels que soient la qualité de l'accompagnant et l'âge de la personne hospitalisée.
- extension aux maisons de parents permettant aux familles d'être proches d'un enfant hospitalisé.
(4) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr/
(5) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(6) Pour les actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.
Prise en compte de votre âge au 1er janvier 2023.
(*) La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la sécurité sociale

Assureur : IDENTITÉS MUTUELLE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541
Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS - www.identites-mutuelle.com
Courtier gestionnaire : UNIASSUR - S.A.R.L. au capital de 7 622,45 € / RCS Sarreguemines 413 851 353
Siège social : 13, rue Eugène Kloster, 57800 Freyming-Merlebach
Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr)
Numéro ORIAS 07 001 655 – www.orias.fr
Assisteur : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 444 269 682
Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44121 Vertou Cedex - www.ressources-mutuelles-assistance.fr

GARANTIES 2024
ESSENTIELLE
NON RESPONSABLE

Les remboursements sont limités aux frais réels engagés. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait, soit en plafond de garantie. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire. Les montants des forfaits et plafonds de garanties sont exprimés en euros, appliqués par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non respect du parcours de soins coordonnées sont laissées à la charge du patient.

	En complément de la Sécurité sociale
	ESSENTIELLE
HOSPITALISATION	
Lit d'accompagnant (par jour) (enfant de moins de 12 ans)	30 €
Forfait Patient Urgences	FR
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Psychologue remboursé par le RO (1)	100% BR
Matériel médical remboursé par le RO	
Petit appareillage (bas à varices, chaussures et semelles orthopédiques, corsets, ceintures lombaires)	100% BR
OPTIQUE (2)	
Monture	30 € / an
1 verre simple	35 € / an
1 verre complexe	55 € / an
Prothèse oculaire	350 € / an
Lentilles remboursées par le RO	200% BR
DENTAIRE	
Plaques métalliques sur prothèses dentaires pour des stellites de 1 à 7 dents	305 € / an
Plaques métalliques sur prothèses dentaires pour des stellites de 8 à 14 dents	330 € / an
Prothèses dentaires remboursées par le RO	40% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	100% FR*
AIDES AUDITIVES	
Aides auditives	550 € / oreille / an
Forfait entretien, frais de réparation	40 € / an
PRÉVENTION	
Cures Thermales prises en charge par le RO	100 € / an
Accompagnant curiste (3)	50 € adulte / 30 € enfant / an
GARANTIES +	
Allocation obsèques pour le décès du conjoint de l'affilié, de son partenaire ou concubin ou d'un enfant à charge, considéré comme ayant droit par le RO **(Délai de carence de 10 mois)**	1 400 €
SERVICES	
Assistance	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24 et 7j/7	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui
Protection Juridique Santé	oui

Cette formule est ouverte uniquement aux personnes du régime minier.
BR : Base de remboursement - **RO :** Régime Obligatoire - FR : Frais Réels - **Tarif opposable : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.**

(1) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr/
(2) La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la sécurité sociale.
(3) L'accompagnant est obligatoirement curiste.
* Uniquement pour les centres dentaires mutualistes définis par le RO.

Assureur : IDENTITÉS MUTUELLE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541
Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS - www.identites-mutuelle.com
Courtier gestionnaire : UNIASSUR - S.A.R.L. au capital de 7 622,45 € / RCS Sarreguemines 413 851 353
Siège social : 13, rue Eugène Kloster, 57800 Freyming-Merlebach
Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr)
Numéro ORIAS 07 001 655 – www.orias.fr
Assisteur : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 444 269 682
Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44121 Vertou Cedex - www.ressources-mutuelles-assistance.fr

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 FMC FORMULE 1

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur en non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION (1)		
***La chambre particulière et/ou les indemnités journalières en hospitalisation médicale et chirurgicale, séjour en centre de rééducation et psychothérapique cumulés sont limitées à 30 jours par an.**		
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires DPTAM / NON DPTAM		400% BR / 200% BR
Honoraires secteur non conventionné [(2)]		200% BR
Frais de séjour secteur conventionné ou non		180% BR
Chambre particulière adhérent et conjoint*		40 €
Chambre particulière enfant		-
Indemnités journalières adhérent et conjoint*		12,20 €
Indemnités journalières enfant		-
Frais accompagnant (par jour)		20 €
Limitation : âge / durée		**Moins de 13 ans / 10 jours**
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Séjour en centre de rééducation ou psychothérapique		
Forfait journalier hospitalier		FR
Honoraires		100% BR
Frais de séjour		100% BR
Indemnités journalières adhérent et conjoint*		6,10 €
Indemnités journalières enfant		-
Autre séjour d'ordre médical, post-médical ou post-chirurgical		
Forfait journalier hospitalier		FR
Honoraires		100% BR
Frais de séjour		100% BR
Forfait patient urgences		FR
Transport remboursé par le RO		100% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM		200% BR
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné		180% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie DPTAM / NON DPTAM		200% BR / 180% BR
Radiologie secteur non conventionné		180% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		200% BR
Psychologue remboursé par le RO[(3)]		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		200% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par le RO		200% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)(4)		200% BR
Orthopédie (COR, DVO)(4)		200% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)(4)		200% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)(4)		200% BR
OPTIQUE		
Un équipement (monture + 2 verres)		
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes ou très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice.		
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verres		Aucun reste à charge
Panier de soins Libre - Équipement Classe B		
Monture + 2 verres simples*		240 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe*		260 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes*		280 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A

Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
Autres prestations optiques		
Lentilles remboursées ou non par le RO* (5)		100% BR + 161 € / an
Chirurgie réfractive		98 € / an
**Bonus fidélité après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du forfait*		*+10%*
DENTAIRE		
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Prothèses dentaires remboursées par le RO		Aucun reste à charge
Panier de soins Modéré et Libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Vente pour le panier de soins modéré		
Prothèses dentaires remboursées par le RO*		350% BR limité à 1 300 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées par le RO		107 € / an
Implants		
Orthodontie remboursée par le RO		350% BR
**Bonus fidélité : après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond*		*+10%*
AIDES AUDITIVES		
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).		
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Aides auditives de Classe I		Aucun reste à charge
Panier de soins libre		
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II		200% BR
Piles, accessoires, frais de réparation remboursés par le RO		100% BR
PRÉVENTION		
Diététicien, ostéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur (6)		30 € / séance Max. 2 séances / an / bénéficiaire
Cures thermales remboursées par le RO		
Adhérent ou conjoint		130 € / an
Enfant : frais de cure		200% BR
Actes de prévention remboursés par le RO		100% BR
GARANTIES +		
Forfait maternité		275 €
Allocation obsèques (jusqu'à 64 ans inclus)		
Assuré (forfait)		1 525 €
Conjoint et enfant (forfait)		765 €
SERVICES		
Assistance		oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7		oui

BR : Base de remboursement - **RO :** Régime Obligatoire - **FR :** Frais Réels - **DPTAM :** les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(5) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

Assureur : IDENTITÉS MUTUELLE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541
Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS - www.identites-mutuelle.com
Courtier gestionnaire : UNIASSUR - S.A.R.L. au capital de 7 622,45 € / RCS Sarreguemines 413 851 353
Siège social : 13, rue Eugène Kloster, 57800 Freyming-Merlebach
Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr)
Numéro ORIAS 07 001 655 – www.orias.fr
Assisteur : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 444 269 682
Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44121 Vertou Cedex - www.ressources-mutuelles-assistance.fr

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 FMC FORMULE 2

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

	Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION[1]	
***La chambre particulière et/ou les indemnités journalières en hospitalisation médicale et chirurgicale, séjour en centre de rééducation et psychothérapique cumulés sont limitées à 45 jours par an.**	
Hospitalisation médicale et chirurgicale	
Forfait journalier hospitalier	Illimité
Honoraires DPTAM / NON DPTAM	400% BR / 200% BR
Honoraires secteur non conventionné (2)	200% BR
Frais de séjour secteur conventionné ou non	180% BR
Chambre particulière adhérent et conjoint*	53,50 €
Chambre particulière enfant*	53,50 €
Indemnités journalières adhérent et conjoint*	15,30 €
Indemnités journalières enfant*	7,70 €
Frais accompagnant (par jour)	24 €
Limitation : âge / durée	Moins de 13 ans / 10 jours / an
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €	FR
Séjour en centre de rééducation ou psychothérapique	
Forfait journalier hospitalier	FR
Honoraires	100% BR
Frais de séjour	100% BR
Indemnités journalières adhérent et conjoint*	7,70 €
Indemnités journalières enfant*	4,00 €
Autre séjour d'ordre médical, post-médical ou post-chirurgical	
Forfait journalier hospitalier	FR
Honoraires	100% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait Patient Urgences	FR
Transport remboursé par le RO	100% BR
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM	200% BR
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné	180% BR
Radiologie, actes de spécialités, de chirurgie DPTAM / NON DPTAM	200% BR / 180% BR
Radiologie secteur non conventionné	180% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute	200% BR
Psychologue remboursé par le RO(3)	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	200% BR
Médicaments	
Médicaments remboursés par le RO	200% BR
Matériel médical remboursé par le RO	
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)[4]	200% BR
Orthopédie (COR, DVO)[4]	200% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)(4)	200% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)[4]	200% BR
OPTIQUE	
Un équipement (monture + 2 verres)	
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes ou très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice.	
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Monture + Verres	Aucun reste à charge
Panier de soins Libre - Equipement Classe B	
Monture + 2 verres simples*	210 €
Monture + 1 verres simple + 1 verre complexe ou très complexe*	230 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes*	252 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)	100% BR
1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)

Équipement mixte	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)

Autres prestations optiques	
Lentilles remboursées ou non par le RO* (5)	100% BR + 152 € / an
Chirurgie réfractive	114 € / an
**Bonus fidélité après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du forfait*	*+10%*
DENTAIRE	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Ventes (PLV)	
Prothèses dentaires remboursées par le RO	Aucun reste à charge
Panier de soins Modéré et Libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Ventes pour le panier de soins modéré	
Prothèses dentaires remboursées par le RO*	350% BR limité à 982 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	161 € / an
Implants	
Orthodontie remboursée par le RO	350% BR
**Bonus fidélité : après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond*	*+10%*
AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).	
100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Offre libre	
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II	200% BR
Piles, accessoires, frais de réparation remboursés par le RO	100% BR
PRÉVENTION	
Diététicien, ostéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur (6)	-
Cures thermales remboursée par le RO	
Adhérent ou conjoint	150 € / an
Enfant : frais de cure	-
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Forfait maternité	382 €
Allocation obsèques (jusqu'à 64 ans inclus)	
Assuré (forfait)	1 525 €
Conjoint et enfant (forfait)	765 €
SERVICES	
Assistance	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(5) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 FMC FORMULE 3

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur en non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION[1]		
***La chambre particulière et/ou les indemnités journalières en hospitalisation médicale et chirurgicale, séjour en centre de rééducation et psychothérapique cumulés sont limitées à 45 jours par an.**		
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires DPTAM / NON DPTAM		400% BR / 200% BR
Honoraires secteur non conventionné(2)		200% BR
Frais de séjour secteur conventionné ou non		180% BR
Chambre particulière adhérent et conjoint*		60 €
Chambre particulière enfant*		60 €
Indemnités journalières adhérent et conjoint*		15,30 €
Indemnités journalières enfant*		7,70 €
Frais accompagnant (par jour)		24 €
Limitation : âge / durée		**Moins de 13 ans / 10 jours / séjour**
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Séjour en centre de rééducation ou psychothérapique		
Forfait journalier hospitalier		FR
Honoraires		100% BR
Frais de séjour		100% BR
Indemnités journalières adhérent et conjoint*		7,70 €
Indemnités journalières enfant*		4,00 €
Autre séjour d'ordre médical, post-médical ou post-chirurgical		
Forfait journalier hospitalier		FR
Honoraires		100% BR
Frais de séjour		100% BR
Forfait Patient Urgences		FR
Transport remboursé par le RO		100% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM		200% BR
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné		180% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie DPTAM / NON DPTAM		200% BR / 180% BR
Radiologie secteur non conventionné		180% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		200% BR
Psychologue remboursé par le RO[3]		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		200% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par le RO		200% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)[4]		200% BR
Orthopédie (COR, DVO)[4]		200% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)(4)		200% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)[4]		200% BR
OPTIQUE		
Un équipement (monture + 2 verres)		
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes ou très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice.		
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verres		Aucun reste à charge
Panier de soins Libre - Équipement Classe B		
Monture + 2 verres simples*		290 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe*		310 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes*		330 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)

Équipement mixte	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
Autres prestations optiques		
Lentilles remboursées ou non par le RO* (5)		100% BR + 191 € / an
Chirurgie réfractive		114 € / an
**Bonus fidélité après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du forfait*		*+10%*
DENTAIRE		
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Prothèses dentaires remboursées par le RO		Aucun reste à charge
Panier de soins Modéré et Libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Vente pour le panier de soins Modéré		
Prothèses dentaires remboursées par le RO*		400% BR limité à 1 600 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées par le RO		161 € / an
Implants		
Orthodontie remboursée par le RO		400% BR
**Bonus fidélité : après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond*		*+10%*
AIDES AUDITIVES		
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).		
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Aides auditives de Classe I		Aucun reste à charge
Offre libre		
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II		200% BR
Piles, accessoires, frais de réparation remboursés par le RO		100% BR
PRÉVENTION		
Diététicien, ostéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur (6)		30 € / séance Max. 2 séances / an / bénéficiaire
Cures thermales remboursées par le RO		
Adhérent ou conjoint		200 € / an
Enfant : frais de cure		100% BR
Actes de prévention remboursés par le RO		100% BR
GARANTIES +		
Forfait maternité		382 €
Allocation obsèques (jusqu'à 64 ans inclus)		
Assuré (forfait)		1 525 €
Conjoint et enfant (forfait)		765 €
SERVICES		
Assistance		oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7		oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(5) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

Assureur : IDENTITÉS MUTUELLE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541
Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS - www.identites-mutuelle.com
Courtier gestionnaire : UNIASSUR - S.A.R.L. au capital de 7 622,45 € / RCS Sarreguemines 413 851 353
Siège social : 13, rue Eugène Kloster, 57800 Freyming-Merlebach
Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr)
Numéro ORIAS 07 001 655 – www.orias.fr
Assisteur : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 444 269 682
Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44121 Vertou Cedex - www.ressources-mutuelles-assistance.fr

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 FMC FORMULE 4

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur en non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

	Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION[1]	
***La chambre particulière et/ou les indemnités journalières en hospitalisation médicale et chirurgicale, séjour en centre de rééducation et psychothérapique cumulés sont limitées à 30 jours par an.**	
Hospitalisation médicale et chirurgicale	
Forfait journalier hospitalier	Illimité
Honoraires DPTAM / NON DPTAM	400% BR / 200% BR
Honoraires secteur non conventionné (2)	200% BR
Frais de séjour secteur conventionné ou non	180% BR
Chambre particulière adhérent et conjoint*	35 €
Chambre particulière enfant	-
Indemnités journalières adhérent et conjoint*	12,20 €
Indemnités journalières enfant	-
Frais accompagnant (par jour)	20 €
Limitation : âge / durée	**Moins de 13 ans / 10 jours / an**
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €	FR
Séjour en centre de rééducation ou psychothérapique	
Forfait journalier hospitalier	FR
Honoraires	100% BR
Frais de séjour	100% BR
Indemnités journalières adhérent et conjoint*	6,10 €
Indemnités journalières enfant	-
Autre séjour d'ordre médical, post-médical ou post-chirurgical	
Forfait journalier hospitalier	FR
Honoraires	100% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait Patient Urgences	FR
Transport remboursé par le RO	100% BR
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM	200% BR
Consultations, visites, généraliste, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné	180% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie DPTAM / NON DPTAM	200% BR / 180% BR
Radiologie secteur non conventionné	180% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute	200% BR
Psychologue remboursé par le RO[3]	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	200% BR
Médicaments	
Médicaments remboursés par le RO	200% BR
Matériel médical remboursé par le RO	
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)[4]	200% BR
Orthopédie (COR, DVO)[4]	200% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)[4]	200% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)[4]	200% BR
OPTIQUE	
Un équipement (monture + 2 verres)	
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes ou très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice.	
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Monture + Verres	Aucun reste à charge
Panier de soins Libre - Équipement Classe B	
Monture + 2 verres simples*	182 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe*	196 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes*	211 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)	100% BR
1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)

Équipement mixte	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
Autres prestations optiques		
Lentilles remboursées ou non par le RO* (5)		100% BR + 129 € / an
Chirurgie réfractive		98 € / an
**Bonus fidélité après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du forfait*		*+10%*
DENTAIRE		
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Prothèses dentaires remboursées par le RO		Aucun reste à charge
Panier de soins Modéré et Libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Vente pour le panier de soins Modéré		
Prothèses dentaires remboursées par le RO*		300% BR limité à 799 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées par le RO		107 € / an
Implants		
Orthodontie remboursée par le RO		300% BR
**Bonus fidélité : après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond*		*+10%*
AIDES AUDITIVES		
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).		
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Aides auditives de Classe I		Aucun reste à charge
Offre libre		
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II		200% BR
Piles, accessoires, frais de réparation remboursés par le RO		100% BR
PRÉVENTION		
Diététicien, ostéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur (6)		-
Cures thermales remboursées par le RO		
Adhérent ou conjoint		90 € / an
Enfant : frais de cure		-
Actes de prévention remboursés par le RO		100% BR
GARANTIES +		
Forfait maternité		275 €
Allocation obsèques (jusqu'à 64 ans inclus)		
Assuré (forfait)		1 525 €
Conjoint et enfant (forfait)		765 €
SERVICES		
Assistance		oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7		oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(5) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

Assureur : IDENTITÉS MUTUELLE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541
Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS - www.identites-mutuelle.com
Courtier gestionnaire : UNIASSUR - S.A.R.L. au capital de 7 622,45 € / RCS Sarreguemines 413 851 353
Siège social : 13, rue Eugène Kloster, 57800 Freyming-Merlebach
Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr)
Numéro ORIAS 07 001 655 – www.orias.fr
Assisteur : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 444 269 682
Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44121 Vertou Cedex - www.ressources-mutuelles-assistance.fr

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 FMC FORMULE 6

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur en non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION[1]		
***La chambre particulière et/ou les indemnités journalières en hospitalisation médicale et chirurgicale, séjour en centre de rééducation et psychothérapique cumulés sont limitées à 30 jours par an.**		
Hospitalisation médicale et chirurgicale		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires DPTAM / NON DPTAM		200% BR / 180% BR
Honoraires secteur non conventionné (2)		180% BR
Frais de séjour secteur conventionné ou non		180% BR
Chambre particulière adhérent et conjoint*		17 €
Chambre particulière enfant		-
Indemnités journalières adhérent et conjoint		-
Indemnités journalières enfant		-
Frais accompagnant (par jour)		-
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Séjour en centre de rééducation ou psychothérapique		
Forfait journalier hospitalier		FR
Honoraires		100% BR
Frais de séjour		100% BR
Indemnités journalières adhérent et conjoint		-
Indeminités journalières enfant		-
Autre séjour d'ordre médical, post-médical ou post-chirurgical		
Forfait journalier hospitalier (limité à 60 jours / an)		FR
Honoraires		100% BR
Frais de séjour		100% BR
Forfait Patient Urgences		FR
Transport remboursé par le RO		100% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM		200% BR
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné		180%BR
Radiologie, actes de spécialités DPTAM / NON DPTAM		200% BR / 180% BR
Radiologie secteur non conventionné		180%BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		200% BR
Psychologue remboursé par le RO[3]		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		200% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par le RO		200% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)[4]		150% BR limité à 198,50 € / an (5)
Orthopédie (COR, DVO)[4]		200% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)(4)		200% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)[4]		200% BR
OPTIQUE		
Un équipement (monture + 2 verres)		
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes ou très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice.		
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verres		Aucun reste à charge
Panier de soins Libre - Équipement Classe B		
Monture + 2 verres simples*		78 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe*		140 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes*		200 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A

Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
Autres prestations optiques		
Lentilles remboursées ou non par le RO* (6)		100% BR + 60 € / an
Chirurgie réfractive		-
**Bonus fidélité après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du forfait*		*+10%*
DENTAIRE		
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Prothèses dentaires remboursées par le RO		Aucun reste à charge
Panier de soins Modéré et Libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Vente pour le panier de soins Modéré		
Prothèses dentaires remboursées par le RO*		200% BR limité à 331 € / an / bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées par le RO		-
Implants		
Orthodontie remboursée par le RO		200% BR
**Bonus fidélité : après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond*		*+10%*
AIDES AUDITIVES		
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).		
100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Aides auditives de Classe I		Aucun reste à charge
Offre libre		
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II		150% BR limité à 198,50 € (5)
Piles, accessoires, frais de réparation remboursés par le RO		100% BR
PRÉVENTION		
Diététicien, ostéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur (7)		-
Cures thermales remboursées par le RO		
Adhérent ou conjoint		45 € / an
Enfant : frais de cure		-
Actes de prévention remboursés par le RO		100% BR
GARANTIES +		
Forfait maternité		-
Allocation obsèques (jusqu'à 64 ans inclus)		
Assuré (forfait)		-
Conjoint et enfant (forfait)		-
SERVICES		
Assistance		oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7		oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(5) Au-delà du plafond, remboursement à hauteur de 100% BR.
(6) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(7) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

Assureur : IDENTITÉS MUTUELLE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541
Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS - www.identites-mutuelle.com
Courtier gestionnaire : UNIASSUR - S.A.R.L. au capital de 7 622,45 € / RCS Sarreguemines 413 851 353
Siège social : 13, rue Eugène Kloster, 57800 Freyming-Merlebach
Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr)
Numéro ORIAS 07 001 655 – www.orias.fr
Assisteur : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 444 269 682
Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44121 Vertou Cedex - www.ressources-mutuelles-assistance.fr

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 SERENIUM 100

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION[1]		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires DPTAM / NON DPTAM		100% BR / 100% BR
Honoraires secteur non conventionné (2)		100% BR
Frais de séjour		100% BR
Chambre particulière (par jour)		-
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		-
Frais accompagnant (par jour)		-
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Hospitalisation à domicile		100% BR
Forfait Patient Urgences		FR
Transport		100% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM		100% BR
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné		100% BR
Radiologie, acte de spécialité, de chirurgie DPTAM / NON DPTAM		100% BR / 100% BR
Radiologie secteur non conventionné		100% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		100% BR
Psychologue remboursé par le RO[3]		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par le RO		100% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Prothèses capillaires remboursées par le RO		-
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)[4]		100% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)[4]		100% BR
Orthopédie (COR, DVO)[4]		100% BR
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)[4]		100% BR
OPTIQUE		
Un équipement (monture + 2 verres)		
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.		
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verres		Aucun reste à charge
Panier de soins libre - Équipement Classe B		
Monture + 2 verres simples*		60 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe*		125 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes*		200 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)

Autres prestations optiques	
Lentilles remboursées ou non par le RO* (5)	100% BR + 120€ / an
Chirurgie réfractive (par œil)	-
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option)* , augmentation du forfait	*+20%*
DENTAIRE	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Prothèses dentaires remboursées par le RO	Aucun reste à charge
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Vente pour le panier de soins Modéré	
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO*	150% BR
Implantologie (implants + piliers), prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie non remboursés par le RO	100 € / an
*Plafond prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	*1200 € / an*
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option), augmentation du plafond*	*+20%*
AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).	
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Panier de soins libre	
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II	125% BR
Frais de réparation	100% BR
PRÉVENTION	
Diététicien, ostéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur (6)	28 € - Max. 2 séances / an / bénéficiaire
Cures thermales remboursées par le RO	
Frais d'établissement et d'honoraires	125% BR
Frais de transport et d'hébergement	100 € / an
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Maternité	
Chambre particulière (par jour)	35 €
Forfait naissance ou adoption	175 €
Allocation obsèques	200 €
SERVICES	
Assistance	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels secteur non conventionné.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(5) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 SERENIUM 125

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION[1]		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires DPTAM / NON DPTAM		125% BR / 105% BR
Honoraires secteur non conventionné (2)		105% BR
Frais de séjour		125% BR
Chambre particulière (par jour)		35 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		90 / 60 / 30 jours
Frais accompagnant (par jour)		35 €
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Hospitalisation à domicile		125% BR
Forfait Patient Urgences		FR
Transport		100% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM		125% BR
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné		105% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie DPTAM / NON DPTAM		125% BR / 105% BR
Radiologie secteur non conventionné		105% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		125% BR
Psychologue remboursé par le RO[3]		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		125% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par le RO		100% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Prothèses capillaires remboursées par le RO		150% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)[4]		125% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)[4]		125% BR
Orthopédie (COR, DVO)[4]		125% BR
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)[4]		125% BR
OPTIQUE[4]		
Un équipement (monture + 2 verres)		
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.		
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verres		Aucun reste à charge
Panier de soins libre - Équipement Classe B		
Monture + 2 verres simples*		120 €
Monture + 1 verres simple + 1 complexe ou très complexe*		160 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes*		200 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)

Autres prestations optiques	
Lentilles remboursées ou non par le RO* (5)	*100% BR + 60€ / an*
Chirurgie réfractive (par œil)	-
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option), augmentation du forfait*	*+20%*
DENTAIRE	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Prothèses dentaires remboursées par le RO	Aucun reste à charge
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Vente pour le panier de soins modéré	
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO*	125% BR
Implantologie (implants + piliers), prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie non remboursés par le RO	-
*Plafond prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	***1000 € / an***
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option), augmentation du plafond*	*+20%*
AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).	
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Panier de soins libre	
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II	100% BR
Frais de réparation	100% BR
PRÉVENTION	
Diététicien, ostéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur (6)	-
Cures thermales remboursée par le RO	
Frais d'établissement et d'honoraires	100% BR
Frais de transport et d'hébergement	-
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Maternité	
Chambre particulière	-
Forfait naissance ou adoption	-
Allocation obsèques	-
SERVICES	
Assistance	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels secteur non conventionné.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(5) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 SERENIUM 150

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION[1]		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires DPTAM / NON DPTAM		150% BR / 130% BR
Honoraires secteur non conventionnée (2)		130% BR
Frais de séjour		150% BR
Chambre particulière (par jour)		40 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		90 / 60 / 30 jours
Frais accompagnant (par jour)		40 €
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Hospitalisation à domicile		125% BR
Forfait Patient Urgences		FR
Transport		100% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM		150% BR
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné		130% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie DPTAM / NON DPTAM		125% BR / 105% BR
Radiologie secteur non conventionné		105% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		125% BR
Psychologue remboursé par le RO[3]		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		125% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par le RO		100% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Prothèses capillaires remboursées par le RO		175% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)[4]		150% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)[4]		150% BR
Orthopédie (COR, DVO)[4]		150% BR
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)[4]		150% BR
OPTIQUE		
Un équipement (monture + 2 verres)		
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.		
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verres		Aucun reste à charge
Panier de soins libre - Équipement Classe B		
Monture + 2 verres simples*		150 €
Monture + 1 verres simple + 1 complexe ou très complexe*		175 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes*		200 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)

Autres prestations optiques	
Lentilles remboursées ou non par le RO (*) (5)	100% BR + 150€ / an
Chirurgie réfractive (par œil)	-
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option)* , augmentation du forfait	*+20%*
DENTAIRE	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Prothèses dentaires remboursées par le RO	Aucun reste à charge
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Vente pour le panier de soins Modéré	
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO*	200% BR
Implantologie (implants + piliers), prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie non remboursés par le RO	150 € / an
*Plafond prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	1 500 € / an
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option), augmentation du plafond*	*+20%*
AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).	
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Panier de soins libre	
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II	150% BR
Frais de réparation	100% BR
PRÉVENTION	
Diététicien, ostéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur (6)	28 € - Max. 2 séances / an /
Cures thermales remboursées par le RO	
Frais d'établissement et d'honoraires	125% BR
Frais de transport et d'hébergement	150 € / an
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Maternité	
Chambre particulière (par jour)	40 €
Forfait naissance ou adoption	200 €
Allocation obsèques	300 €
SERVICES	
Assistance	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels secteur non conventionné.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(5) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

Assureur : IDENTITÉS MUTUELLE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541
Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS - www.identites-mutuelle.com
Courtier gestionnaire : UNIASSUR - S.A.R.L. au capital de 7 622,45 € / RCS Sarreguemines 413 851 353
Siège social : 13, rue Eugène Kloster, 57800 Freyming-Merlebach
Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr)
Numéro ORIAS 07 001 655 – www.orias.fr
Assisteur : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 444 269 682
Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44121 Vertou Cedex - www.ressources-mutuelles-assistance.fr

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 SERENIUM 200

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION[1]		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires DPTAM / NON DPTAM		200% BR / 180% BR
Honoraires secteur non conventionné (2)		180% BR
Frais de séjour		200% BR
Chambre particulière (par jour)		45 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		90 / 60 / 30 jours
Frais accompagnant (par jour)		45 €
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Hospitalisation à domicile		150% BR
Forfait Patient Urgences		FR
Transport		100% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM		200% BR
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné		180% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie DPTAM / NON DPTAM		150% BR / 130% BR
Radiologie secteur non conventionné		130% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		150% BR
Psychologue remboursé par le RO[3]		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		150% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par le RO		100% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Prothèses capillaires remboursées par le RO		250% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)[4]		200% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)[4]		200% BR
Orthopédie (COR, DVO)[4]		200% BR
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)[4]		200% BR
OPTIQUE		
Un équipement (monture + 2 verres)		
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.		
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verres		Aucun reste à charge
Panier de soins libre - Équipement Classe B		
Monture + 2 verres simples*		200 €
Monture + 1 verres simple + 1 complexe ou très complexe*		225 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes*		250 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)

Autres prestations optiques	
Lentilles remboursées ou non par le RO (*) (5)	100% BR + 200€ / an
Chirurgie réfractive (par œil)	150 € / an
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option)* , augmentation du forfait	*+20%*
DENTAIRE	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Prothèses dentaires remboursées par le RO	Aucun reste à charge
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Vente pour le panier de soins Modéré	
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO*	250% BR
Implantologie (implants + piliers), prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie non remboursés par le RO	200 € / an
*Plafond prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	2 000 € / an
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option), augmentation du plafond*	*+20%*
AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).	
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Panier de soins libre	
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II	200% BR
Frais de réparation	100% BR
PRÉVENTION	
Diététicien, ostéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur (6)	28 € - Max. 2 séances / an /
Cures thermales remboursées par le RO	
Frais d'établissement et d'honoraires	150% BR
Frais de transport et d'hébergement	200 € / an
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Maternité	
Chambre particulière (par jour)	45 €
Forfait naissance ou adoption	225 €
Allocation obsèques	400 €
SERVICES	
Assistance	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels secteur non conventionné.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(5) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 SERENIUM 250

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION[1]		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires DPTAM / NON DPTAM		250% BR / 200% BR
Honoraires secteur non conventionné (2)		200% BR
Frais de séjour secteur conventionné		250% BR
Frais de séjour secteur non conventionné		200% BR
Chambre particulière (par jour)		50 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		90 / 60 / 30 jours
Frais accompagnant (par jour)		50 €
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Hospitalisation à domicile		150% BR
Forfait Patient Urgences		FR
Transport		100% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM		250% BR
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné		200% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie DPTAM / NON DPTAM		150% BR / 130% BR
Radiologie secteur non conventionné		130% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		150% BR
Psychologue remboursé par le RO[3]		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		150% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés par le RO		100% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Prothèses capillaires remboursées par le RO		300% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)[4]		250% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)[4]		250% BR
Orthopédie (COR, DVO)[4]		250% BR
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)[4]		250% BR
OPTIQUE		
Un équipement (monture + 2 verres)		
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.		
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verres		Aucun reste à charge
Panier de soins libre - Équipement Classe B		
Monture + 2 verres simples*		250 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe*		275 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes*		300 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)

Autres prestations optiques	
Lentilles remboursées ou non par le RO (*) (5)	100% BR + 250€ / an
Chirurgie réfractive (par œil)	200 € / an
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option)* , augmentation du forfait	*+20%*
DENTAIRE	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Prothèses dentaires remboursées par le RO	Aucun reste à charge
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Vente pour le panier de soins Modéré	
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO*	300% BR
Implantologie (implants + piliers), prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie non remboursés par le RO	250 € / an
*Plafond prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	2 500 € / an
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option), augmentation du plafond*	*+20%*
AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).	
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Panier de soins libre	
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II	250% BR
Frais de réparation	100% BR
PRÉVENTION	
Diététicien, ostéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur (6)	28 € - Max. 2 séances / an /
Cures thermales remboursées par le RO	
Frais d'établissement et d'honoraires	150% BR
Frais de transport et d'hébergement	250 € / an
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Maternité	
Chambre particulière (par jour)	50 €
Forfait naissance ou adoption	250 €
Allocation obsèques	500 €
SERVICES	
Assistance	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels secteur non conventionné.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(5) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 SERENIUM 300

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

	Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION[1]	
Forfait journalier hospitalier	Illimité
Honoraires DPTAM / NON DPTAM	300% BR / 200% BR
Honoraires secteur non conventionné (2)	200% BR
Frais de séjour	300% BR
Chambre particulière (par jour)	55 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie	90 / 60 / 30 jours
Frais accompagnant (par jour) secteur conventionné / secteur non conventionné	55 €
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €	FR
Hospitalisation à domicile	175% BR
Forfait Patient Urgences	FR
Transport	100% BR
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM	300% BR / 200% BR
Consultations, visites, généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné	200% BR
Radiologie, acte de spécialité, de chirurgie DPTAM / NON DPTAM	175% BR / 155% BR
Radiologie secteur non conventionné	155% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute	175% BR
Psychologue remboursé par le RO[3]	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	175% BR
Médicaments	
Médicaments remboursés par le RO	100% BR
Matériel médical remboursé par le RO	
Prothèses capillaires remboursées par le RO	400% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)[4]	300% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)[4]	300% BR
Orthopédie (COR, DVO)[4]	300% BR
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)[4]	300% BR
OPTIQUE	
Un équipement (monture + 2 verres)	
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.	
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Monture + Verres	Aucun reste à charge
Panier de soins libre - Équipement Classe B	
Monture + 2 verres simples*	300 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe*	325 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes*	350 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)	100% BR

Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres Classe A et dans la limite de 100 €
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)

Autres prestations optiques	
Lentilles remboursées ou non par le RO (*) (5)	100% BR + 300€ / an
Chirurgie réfractive (par œil)	250 € / an
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option), augmentation du forfait*	*+20%*
DENTAIRE	
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Prothèses dentaires remboursées par le RO	Aucun reste à charge
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Vente pour le panier de soins modéré	
Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO*	400% BR
Implantologie (implants + piliers), prothèses dentaires, orthodontie, parodontologie non remboursés par le RO	300 € / an
*Plafond prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le RO**	3 000 € / an
**Bonus fidélité : à partir de la 4e année (après 3 ans de garantie dans la même option), augmentation du plafond*	*+20%*
AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).	
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Panier de soins libre	
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II	300% BR
Frais de réparation	100% BR
PRÉVENTION	
Diététicien, ostéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur (6)	28 € - Max. 2 séances / an /
Cures thermales remboursées par le RO	
Frais d'établissement et d'honoraires	175% BR
Frais de transport et d'hébergement	300 € / an
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
GARANTIES +	
Maternité	
Chambre particulière (par jour)	55 €
Forfait naissance ou adoption	275 €
Allocation obsèques	600 €
SERVICES	
Assistance	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels secteur non conventionné.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.
(5) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.
(6) Pour les actes effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

Assureur : IDENTITÉS MUTUELLE - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 379 655 541
Siège social : 24, boulevard de Courcelles - 75017 PARIS - www.identites-mutuelle.com
Courtier gestionnaire : UNIASSUR - S.A.R.L. au capital de 7 622,45 € / RCS Sarreguemines 413 851 353
Siège social : 13, rue Eugène Kloster, 57800 Freyming-Merlebach
Société de courtage en assurances sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr)
Numéro ORIAS 07 001 655 – www.orias.fr
Assisteur : RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 444 269 682
Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44121 Vertou Cedex - www.ressources-mutuelles-assistance.fr

UniAssur | SoliCaisse

GARANTIES 2024 PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse
HOSPITALISATION[1]		
Forfait journalier hospitalier		Illimité
Honoraires secteur conventionné DPTAM / NON DPTAM		200% BR / 180% BR
Honoraires secteur non conventionné (2)		180% BR
Frais de séjour secteur conventionné ou non		180% BR
Frais accompagnant (par jour)		32 €
Limitation : âge		Moins de 12 ans
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €		FR
Forfait Patient Urgences		FR
Transport		100% BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux DPTAM		200% BR
Consultations, visites généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux non DPTAM ou établissement non conventionné		180% BR
Radiologie, acte de spécialité, de chirurgie DPTAM / Non DPTAM		100% BR / 100% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		100% BR
Psychologue remboursé par le RO[3]		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		200% BR
Médicaments		
Médicaments remboursés à 65% par le RO		200% BR
Matériel médical remboursé par le RO		
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT)(4)		100% BR
Orthopédie (COR, DVO)(4)		100% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU)(4)		100% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII)(4)		100% BR
OPTIQUE		
Un équipement (monture + 2 verres)		
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes ou très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.		
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Monture + Verre		Aucun reste à charge
Panier de soins Libre - Équipement Classe B		
Monture		60 €
1 verre simple		12 €
1 verre complexe ou très complexe		94 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins Libre - Équipement Classe B » ci-dessus
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)
Autres prestations optiques		
Lentilles remboursées par le RO		300% BR
Prothèse oculaire		336 € / an
DENTAIRE		
Soins dentaires (tarif opposable)		100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)		
Prothèses dentaires remboursées par le RO		Aucun reste à charge
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Prix Limites de Vente pour le panier de soins modéré		
Inlay onlay		240 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO		240 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO		65 € / an
Couronnes provisoires		70% FR dans la limite de 32,65 €
Supplément plaque métallique sur prothèse dentaire remboursée par le RO		258 € / an

AIDES AUDITIVES	
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1 700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).	
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge
Panier de soins libre	
Aides auditives remboursées par le RO de Classe II	540 € / oreille
Frais de réparation remboursés par le RO	100% BR
PRÉVENTION	
Cures thermales	
Forfait pour l'assuré ou pour un bénéficiaire effectuant seul une cure	96 € / an
Forfait pour le conjoint de l'assuré*	46 € / an
Forfait pour un enfant de l'assuré*	31 € / an
*** Sous réserve que l'assuré effectue également une cure dans le même établissement ou dans un établissement thermal situé dans un rayon de 50 km.**	
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR
ALLOCATION OBSEQUES	
En cas de décès du conjoint ou d'un enfant de l'assuré (conjoint et enfant doivent impérativement être du régime minier)	1 410 €
SERVICES	
Assistance	oui
Téléconsultation : contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.
(2) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels.
(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : https://monpsy.sante.gouv.fr
(4) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.