



Jusqu'à  
**40 €**  
remboursés sur votre  
licence sportive\*\*



Prestations en vigueur à partir du 01/01/2025. Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité Sociale. Les taux incluent le remboursement de la Sécurité Sociale. Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

Niveau 1+

Niveau 2+

Niveau 3+

Niveau 4+

Niveau 5+



### SOINS COURANTS <sup>(2)</sup>

	Niveau 1+	Niveau 2+	Niveau 3+	Niveau 4+	Niveau 5+
Honoraires médicaux, radiologie, si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux, radiologie, si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%	200%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de biologie	100%	100%	150%	200%	250%
Médicaments	100%	100%	100%	100%	100%
Consultations de psychologues remboursées par la SS (dans la limite de 12 séances par an)	100%	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et appareillage acceptés SS - hors prothèses audio, dentaire et optique	100%	100%	150%	200%	250%
+ Forfait prothèses et accessoires d'orthopédie (acceptés ou non) <sup>(1)(5)</sup> hors prothèses audio, dentaire et optique	-	100 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire



### HOSPITALISATION <sup>(2)(2bis)</sup>

	Niveau 1+	Niveau 2+	Niveau 3+	Niveau 4+	Niveau 5+
Honoraires si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%	230%
Honoraires si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	105%	130%	180%	200%
Frais de séjour, auxiliaires médicaux et examens de biologie	100%	125%	150%	200%	230%
Forfait journalier hospitalier illimité	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour (services spécialisés)	100%	100%	100%	100%	100%
Participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120 €	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
Forfait patient urgences <sup>(6)</sup>	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Transports remboursés SS	100%	100%	100%	100%	100%
+ Chambre particulière limitée à 60 jours / an / bénéficiaire (hors services spécialisés) <sup>(1)(5)</sup>	-	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	70 € / jour
+ Chambre particulière limitée à 30 jours / an (services spécialisés) <sup>(1)(5)</sup>	-	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	70 € / jour
+ Chambre particulière limitée à 30 jours / an en ambulatoire <sup>(1)(5)</sup>	-	25 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	35 € / jour
+ Frais d'accompagnement enfant de moins 16 ans hospitalisé (hors services spécialisés) <sup>(1)(5)</sup>	-	-	25 € / jour	25 € / jour	30 € / jour
+ Forfait confort hospi : Télévision, connexion internet, téléphone - non intégrés dans la chambre particulière et limité à 60 jours/an <sup>(1)</sup>	-	3 € / jour	6 € / jour	9 € / jour	12 € / jour
+ Cure thermale : forfait thermal uniquement si la cure est remboursée SS	-	100%	150%	180%	210%
+ Cure thermale : hébergement et transport remboursés SS - frais d'hydrothérapie remboursés SS <sup>(1)</sup>	-	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire



### OPTIQUE <sup>(3)</sup>

Forfaits optiques fixés pour une prise en charge sur un équipement complet (monture + verres) par périodes de deux ans pour les adultes, d'une année pour les assurés de moins de 16 ans et de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. En cas d'évolution de la vue, la période est réduite à une année pour l'adulte.

	Niveau 1+	Niveau 2+	Niveau 3+	Niveau 4+	Niveau 5+
<b>Classe A : panier 100 % santé dans la limite des PLV <sup>(3)</sup></b>					
Monture, verres, supplément filtre, prestations d'appariage et d'adaptation	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Classe B : autre que le 100 % santé <sup>(3)</sup> Monture plafonnée à 100 €</b>					
Monture avec 2 verres simples	100%	100 € / bénéf.	170 € / bénéf.	225 € / bénéf.	300 € / bénéf.
<b>Ou</b> monture avec un verre simple et un verre complexe	100%	150 € / bénéf.	220 € / bénéf.	275 € / bénéf.	350 € / bénéf.
<b>Ou</b> monture avec un verre simple et un verre très complexe	100%	175 € / bénéf.	250 € / bénéf.	300 € / bénéf.	400 € / bénéf.
<b>Ou</b> monture avec 2 verres complexes	100%	200 € / bénéf.	270 € / bénéf.	325 € / bénéf.	400 € / bénéf.
<b>Ou</b> monture avec un verre complexe et un verre très complexe	100%	225 € / bénéf.	300 € / bénéf.	350 € / bénéf.	450 € / bénéf.
<b>Ou</b> monture avec 2 verres très complexes	100%	250 € / bénéf.	330 € / bénéf.	375 € / bénéf.	500 € / bénéf.
Prestation d'adaptation par équipement (si la prestation est associée à la prise en charge d'un équipement optique)	100%	100%	100%	100%	100%
+ <b>Et</b> lentilles acceptées SS <sup>(1)</sup>	100%	100% + 150 € / an / bénéf.	100% + 200 € / an / bénéf.	100% + 250 € / an / bénéf.	100% + 300 € / an / bénéf.
+ <b>Ou</b> lentilles cornéennes non remboursées SS <sup>(1)(5)</sup>	-	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire	300 € / an / bénéficiaire
+ Chirurgie laser de l'œil	-	150 € / œil / bénéficiaire	200 € / œil / bénéficiaire	250 € / œil / bénéficiaire	300 € / œil / bénéficiaire



### AIDES AUDITIVES

	Niveau 1+	Niveau 2+	Niveau 3+	Niveau 4+	Niveau 5+
<b>Classe I : équipements 100% santé dans la limite des PLV <sup>(4)</sup></b>					
<b>Classe II : équipements hors 100% santé</b>					
Aide auditive / oreille Le remboursement (Prise en charge SS, ticket modérateur et supplément) est plafonné à 1700 € / aide auditive <sup>(4)</sup>	100% par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 100 € par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 200 € par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 300 € par oreille tous les 4 ans	100% + au-delà du TM 400 € par oreille tous les 4 ans
Accessoires & entretien prothèses auditives remboursés SS	100%	100%	100%	100%	100%

0 809 546 000 Service gratuit + prix appel



## DENTAIRE

**Niveau 1+****Niveau 2+****Niveau 3+****Niveau 4+****Niveau 5+**

Soins et prothèses 100% santé dans la limite des HLF	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins et prothèses hors 100% santé, remboursés SS					
Soins dentaires, actes techniques, chirurgie, radiologie, parodontologie	100%	125%	150%	200%	250%
Inlay-onlay, prothèses dentaires panier tarif maîtrisé dans la limite des HLF	100%	125%	150%	200%	250%
Inlay-onlay, prothèses dentaires et implants dentaires panier tarif libre	100%	125%	150%	200%	250%
Orthodontie acceptée SS	100%	125%	150%	200%	250%
+ Orthodontie refusée SS <sup>(1)(5)</sup>	-	-	200 € / semestre (400 € / an)	250 € / semestre (500 € / an)	300 € / semestre (600 € / an)
+ Parodontologie et implantologie non remboursés SS <sup>(1)(5)</sup>	-	-	100 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire



## VOTRE FORFAIT + Actes non remboursés SS <sup>(1)(2)(5)</sup>

+ Sport Santé bilan de santé - capacités physiques (maximum 3 bilans par an) & séances collectives dans les structures labellisées sport santé <sup>(5)</sup>					
+ Acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, nutritionniste, sophrologue, réflexologue					
+ Psychologue et psychothérapeute					
+ Pédicure, podologue					
+ Protections urinaires adultes (maximum 50 € / an / bénéficiaire)					
+ Bilan nutritionnel, diagnostic (enfant de moins de 12 ans)					
+ Cryothérapie					
+ Huiles essentielles, homéopathie					
+ Amniocentèse					
+ Éternelle Jeunesse (Concerne les traitements et stimulants liés aux déficits et dysfonctionnements sexuels)					
+ Contraception					
	-	50 € / an / bénéficiaire	150 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire	250 € / an / bénéficiaire



## VOTRE FORFAIT PRÉVENTION En plus des actes remboursés SS prévus par les contrats responsables (100% BR) <sup>(1)(5)</sup>

+ Sevrage tabagique : médicaments d'aide à l'arrêt du tabac					
+ Vaccins anti-grippe et vaccins non pris en charge					
+ Traitement Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA) prescrit par un médecin et non pris en charge par la Sécurité Sociale					
+ Dépistage de l'ostéoporose prescrit par un médecin et non pris en charge par la Sécurité Sociale					
	-	40 € / an / bénéficiaire	60 € / an / bénéficiaire	80 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire



## VOTRE FORFAIT E-SANTÉ <sup>(1)(5)</sup>

+ Téléassistance, télé-alarme					
	-	30 € / an / bénéficiaire	40 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire	75 € / an / bénéficiaire

### Inclus dans votre contrat <sup>(8)</sup>

Accès au service de téléconsultations Médecin Direct <sup>(9)</sup>Just'assistance (aides ménagères en cas d'hospitalisation, service à la personne, acheminement des médicaments, assistance perte d'autonomie) et protection juridique <sup>(10)</sup>Numéro d'écoute et de soutien psychologique 24/7 <sup>(11)</sup>Sport sur ordonnance (ALD Sport) <sup>(12)</sup>Gratuité à partir du 4<sup>ème</sup> enfant.

**OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique. **PLV** : Prix Limite de Vente. **HLF** : Honoraires Limites de Facturation. **SS** : Sécurité Sociale. **TM** : Ticket Modérateur. **Bénéf.** : bénéficiaire. \*\*Remboursement de la licence sportive à hauteur de 40 € par année et par bénéficiaire sur présentation d'une attestation ou d'une facture du club ou de l'association concerné(e). Règlement sur just.fr.

\*Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable ou non, ne prennent pas en charge : - La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;

- Les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soin ;

- Dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical

- Les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations.

- Les garanties du régime couvrent la prise en charge de la participation forfaitaire acquittée par le bénéficiaire en cas de réalisation d'un acte coûteux (qualifiée de forfait sur les actes dits « lourds ») prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale.

(1) L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile, à savoir au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

(2) Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO et prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, sont limités doublement de la manière suivante : limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

(2bis) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'article L.312-1 du Code de la sécurité sociale et des familles et l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale.

(3) L'annualité ou la pluriannualité, s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, à compter de la date de délivrance du dernier dispositif. Les forfaits optiques incluent la participation de la sécurité sociale.

- L'adhérent peut toujours choisir des équipements de classes différentes :

• Verres Classe A (100% santé) + monture Classe B (tarif libre) => Prise en charge intégrale des verres dans le respect des PLV 100% santé et pour la monture dans la limite du plafond autre que 100% santé correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite des coûts des verres et dans la limite de 100 €.

• Verres Classe B (autre 100% santé) + monture Classe A (100% santé) => Prise en charge des verres dans la limite du plafond de la Classe B correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût de la monture et pour la monture prise en charge intégrale dans le respect des PLV.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits. Les

règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement.

Selon l'arrêté du 09/04/2019 pour la Classe B : Prix unitaire unique 0,05 € par verre et 0,05 € pour la monture. Remboursement dans la limite des montants définis à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(4) Le forfait inclut le remboursement du Régime Obligatoire et le ticket modérateur (TM). Le renouvellement s'effectuera par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment. Les aides auditives sont remboursées à 60% par le régime obligatoire sur la base d'un tarif unitaire fixé et plafonné à 1700 € / aide auditive.

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

(6) Dans la limite du forfait réglementé en vigueur.

(8) Fonctionnement et notices sur just.fr

(9) Service assuré par Teladoc Health France, SAS, capital 87 100 euros, RCS 508 346 673, 2 rue de Choiseul, 75002 Paris, plateforme de téléconsultation disponible 7j/7 et 24h/24 sur <https://medecinirect.fr> ou via l'application mobile.

(10) Garantie assurée auprès de Filassistance International, SA, capital 4100000€, RCS 433 012 689, entreprise régie par le Code des Assurances, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex et pour la protection juridique par A.C.D.R, Société d'assurance Mutuelle, entreprise régie par le code des Assurances, 53 Avenue de Verdun, 59300 Valenciennes, SIREN 318 084 902 et gérée par le GIE Civis. SIREN 323 267 740, 90 Avenue de Flandre, 75019 Paris.

(11) Service assuré par Pros-Consulte Group, RCS 513 480 962, 10 B rue de Kerpage, 56 260 Larmor-Plage.

(12) Service assuré par SIEL BLEU, association déclarée, RNA n°415 381 987, 42 rue de Krutenau, 67000 Strasbourg.