

Adhésion Modification d'adhésion

Humanis Santé Sport | Contrat socle collectif obligatoire et contrat surcomplémentaire

> ENTREPRISE

Raison sociale

N° Siret

N° Code NAF

Forme juridique

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Fax

Mail @

Date de création de l'entreprise

Nature de l'activité

Correspondance à adresser à (si différent du siège social)

Effectif concerné à la date d'adhésion

N° ADHÉRENT

SOCLE :

STA20160010010S-A / STA20160010011S-A /
STA20160010030S-A / STA20160010031S-A

SURCOMPLÉMENTAIRE : STA20160010020S-A

Date effet de l'adhésion :

01

Nom du commercial

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE ADHÉSION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Dated et signez votre bulletin d'adhésion.
- 3- Joignez un Kbis datant de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.
- 4- Envoyez-le tout à votre interlocuteur commercial.

> ADHÉSION

Contrat socle collectif obligatoire

au profit de :

Catégorie assurée ⁽¹⁾

- L'ensemble de son personnel
- Son personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- Son personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
- Son personnel Non cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
- Son personnel Non cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

(1) Cochez la catégorie retenue, assurez-vous que l'ensemble de vos salariés est bien couvert au titre d'un régime santé obligatoire.

• Formules retenues :

- Contrat socle collectif obligatoire : Sport 1
 Sport 2
 Sport 3
 Sport 4

Les ayants droit peuvent être couverts par le Participant. Les cotisations sont à la charge exclusive de ce dernier et sont appelées selon la modalité retenue ci-après :

- Appel de cotisation individuel (auprès du salarié) Appel de cotisation collectif (auprès de l'entreprise)

> ADHÉSION

Contrat surcomplémentaire collectif facultatif ^{(2) (3)}

au profit de :

Catégorie assurée ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> L'ensemble de son personnel
	<input type="checkbox"/> Son personnel Cadre (salariés relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Son personnel Cadre et article 36 (salariés relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Son personnel Non cadre y compris article 36 (salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947)
	<input type="checkbox"/> Son personnel Non cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947)

Le contrat pouvant être souscrit dépend de la formule retenue par l'entreprise au titre du contrat socle collectif obligatoire Humanis Santé Sport ⁽⁴⁾ :

Formule retenue au titre du contrat socle collectif obligatoire	Niveau de garanties proposé au titre du présent contrat surcomplémentaire collectif facultatif	Choix de l'entreprise ⁽⁵⁾
Sport 1	Sport 2, Sport 3 et Sport 4	
Sport 2	Sport 3 et Sport 4	
Sport 3	Sport 4	

• Appel des cotisations :

- Appel de cotisation auprès de l'entreprise Appel de cotisation individuel auprès du salarié

Les ayants droit affiliés au titre du contrat socle collectif obligatoire sont couverts par le Participant au titre du contrat surcomplémentaire collectif facultatif. Les cotisations sont à la charge exclusive de ce dernier et sont appelées selon la modalité retenue ci-après :

- Appel de cotisation individuel (auprès du salarié) Appel de cotisation collectif (auprès de l'entreprise)

(1) Cochez la catégorie retenue, assurez-vous que ces salariés sont bien couverts au titre du contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé Sport ».

(2) Contrat surcomplémentaire collectif facultatif ne peut être souscrit seul. Il vient obligatoirement en complément de l'adhésion au contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé Sport » assuré par Humanis Prévoyance. La résiliation du contrat d'adhésion entraînera la résiliation du présent contrat à la même date d'effet.

(3) Dans le cadre d'une adhésion collective facultative, le Participant pourra résilier son adhésion aux garanties frais de santé sous réserve d'un préavis de deux mois et à une date d'effet au 31 décembre de l'année. Toute résiliation de la part du Participant aura un caractère définitif.

(4) Le présent contrat est résilié de plein droit à la date à laquelle l'Adhérent ne remplit plus les conditions applicables aux choix qu'il a effectués.

(5) Cochez en fonction du niveau de garanties que vous souhaitez retenir. Le niveau de garanties retenus par l'entreprise s'applique à l'ensemble du personnel assuré. Le choix effectué est définitif pour l'année en cours. Le changement de garanties est possible à effet du 1^{er} janvier sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente.

> COTISATIONS

• Contrat socle obligatoire - Sport 1

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)	Régime général	Régime Alsace Moselle
Salarié	0,92 %	0,51 %

Affiliation facultative des ayants droit

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 1,12 %	+ 0,56 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,62 %	+ 0,31 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

• Contrat surcomplémentaire collectif facultatif - Sport 2, Sport 3 et Sport 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire - Sport 1

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)	Sport 2 Régime général et Régime Alsace Moselle	Sport 3 Régime général et Régime Alsace Moselle	Sport 4 Régime général et Régime Alsace Moselle
Salarié	+ 0,17 %	+ 0,38 %	+ 0,65 %

Affiliation des ayants droit

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 0,20 %	+ 0,43 %	+ 0,73 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,13 %	+ 0,32 %	+ 0,44 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

OU

• Contrat socle obligatoire - Sport 2

Cotisations en % du PMSS <small>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)</small>	Régime général	Régime Alsace Moselle
Salarié	1,07 %	0,66 %

Affiliation facultative des ayants droit

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 1,29 %	+ 0,73 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,72 %	+ 0,41 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

• Contrat surcomplémentaire collectif facultatif - Sport 3 et Sport 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire - Sport 2

Cotisations en % du PMSS <small>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)</small>	Sport 3 Régime général et Régime Alsace Moselle	Sport 4 Régime général et Régime Alsace Moselle
Salarié	+ 0,17 %	+ 0,46 %

Affiliation des ayants droit

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 0,20 %	+ 0,51 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,17 %	+ 0,30 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

OU

• Contrat socle obligatoire - Sport 3

Cotisations en % du PMSS <small>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)</small>	Régime général	Régime Alsace Moselle
Salarié	1,22 %	0,81 %

Affiliation facultative des ayants droit

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 1,46 %	+ 0,90 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,88 %	+ 0,57 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

• Contrat surcomplémentaire collectif facultatif - Sport 4

Les cotisations sont complémentaires à celles versées au titre du contrat socle collectif obligatoire - Sport 3

Cotisations en % du PMSS <small>(plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)</small>	Sport 4 Régime général et Régime Alsace Moselle
Salarié	+ 0,25 %

Affiliation des ayants droit

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 0,28 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,10 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

> COTISATIONS

OU

• Contrat socle obligatoire - Sport 4

Cotisations en % du PMSS (plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 3311 euros en 2018)	Régime général	Régime Alsace Moselle
Salarié	1,44 %	1,03 %

Affiliation facultative des ayants droit

Les cotisations correspondantes ci-dessous s'additionnent aux cotisations du salarié

Conjoint	+ 1,70 %	+ 1,14 %
Enfant ⁽¹⁾	+ 0,97 %	+ 0,66 %

(1) Gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

> ENGAGEMENT

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par agissant en qualité de muni(e) de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare souscrire le contrat socle collectif obligatoire « Humanis Santé Sport », et le cas échéant le contrat surcomplémentaire collectif facultatif « Humanis Santé Sport », assuré(s) par Humanis Prévoyance.

Les contrats sont souscrits à effet du 1^{er} jour du mois civil suivant l'envoi du présent bulletin (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Humanis Prévoyance.

Les cotisations figurent aux présents contrats d'adhésion et les garanties en annexe. L'entreprise déclare avoir reçu et pris connaissance des présents contrats (les présents contrats d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG/HP/Humanis Santé Sport/FS 12.15 ») ainsi que des notices d'information référencées « NI/HP/Humanis Santé Sport socle/FS 12.15 » et « NI/HP/Humanis Santé Sport surcomplémentaire/FS 12.15 ».

(1) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement.

Je souhaite recevoir des informations sur les offres, produits et services du groupe Humanis par e-mail par SMS.

Si vous avez coché la (les) case(s) ci-dessus, les données à caractère personnel sont collectées pour les besoins de votre demande d'informations, mais sont également susceptibles d'être utilisées à des fins d'information sur les offres, produits et services proposés par le groupe Humanis et ses partenaires en charge d'activités confiées par le groupe.

Fait à le

L'employeur
Signature et cachet de l'entreprise

Signature Humanis Prévoyance
Le Directeur

Les données personnelles que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre contrat. Elles sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à contact-cnill@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis - Cellule CNIL - Satisfaction clients - 303 rue Gabriel Debacq - 45777 Saran cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Vos données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant au groupe Humanis. Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la loi précitée.

ANNEXE AU BULLETIN D'ADHÉSION

Contrat standard « Humanis Santé Sport »

STA20160010010S-A / STA20160010011S-A / STA20160010030S-A / STA20160010031S-A / STA20160010020S-A

Le total des remboursements de la Sécurité Sociale réels ou reconstitués, d'Humanis Prévoyance, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties exprimées en forfait en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

DESCRIPTIF DES GARANTIES	SPORT 1	SPORT 2	SPORT 3	SPORT 4
HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)				
Frais de séjour	130 % BR	150 % BR	180 % BR	180 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	150 % BR	190 % BR	200 % BR	230 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	120 % BR	150 % BR	180 % BR	180 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire actes lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
Chambre particulière (limité à 30 jours)	Non couvert	30 € /jour	40 € /jour	60 € /jour
Forfait ambulatoire ⁽¹⁾ (par jour par personne protégée)	Non couvert	Non couvert	Non couvert	35 € /jour
Lit d'accompagnement	Non couvert	30 € /jour	40 € /jour	40 € /jour
PRATIQUE MÉDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)				
Visites, consultations de généralistes (adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	120 % BR	130 % BR	130 % BR	200 % BR
Visites, consultations de généralistes (non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Visites, consultations de spécialistes (adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Visites, consultations de spécialistes (non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	120 % BR	130 % BR	180 % BR	180 % BR
Analyses	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	150 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	120 % BR	130 % BR	180 % BR	180 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	150 % BR	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (non adhérent OPTAM/OPTAM-CO)	120 % BR	130 % BR	180 % BR	180 % BR
MÉDECINE ALTERNATIVE				
Prévention-Médecine douce : Homéopathe, Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Psychologue, Podologue, Diététicien (actes non remboursés par la Sécurité sociale), Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an par personne protégée)	25 € /acte limité à 1 par an et par bénéficiaire	25 € /acte limité à 2 par an et par bénéficiaire	25 € /acte limité à 3 par an et par bénéficiaire	25 € /acte limité à 4 par an et par bénéficiaire
TRANSPORT				
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PHARMACIE				
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « majeur ou important »	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « modéré »	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « faible »	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac	Non couvert	Non couvert	Non couvert	40 € /an /bénéficiaire
Pharmacie prescrite non remboursée	Non couvert	Non couvert	Non couvert	35 € /an /bénéficiaire

DESCRIPTIF DES GARANTIES	SPORT 1	SPORT 2	SPORT 3	SPORT 4
OPTIQUE	1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an. Prise en charge limitée à 150 € pour la monture le cas échéant			
Réseau partenaire :				
» Équipement avec 2 verres simples ¹	150 €	160 €	210 €	250 €
» Équipement avec 2 verres complexes ²	285 €	330 €	420 €	420 €
» Équipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	230 €	240 €	320 €	320 €
Hors Réseau :				
» Équipement avec 2 verres simples ¹	120 €	120 €	140 €	140 €
» Équipement avec 2 verres complexes ²	220 €	220 €	250 €	250 €
» Équipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	170 €	170 €	180 €	180 €
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale				
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	Ticket modérateur + 70 € /an	Ticket modérateur + 150 € /an	Ticket modérateur + 200 € /an	Ticket modérateur + 200 € /an
Lentilles jetables				
DENTAIRE				
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Inlays-onlays	160 % BR	200 % BR	200 % BR	250 % BR
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale :				
- Couronnes, bridges et inter de bridges				
- Couronnes sur implant	175 % BR	200 % BR	270 % BR	270 % BR
- Prothèses dentaires amovibles				
- Réparations sur prothèses				
- Inlays-cores				
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale :				
- Couronnes et bridges ⁽²⁾	Non couvert	Non couvert	Non couvert	250 € maximum 3 /an/bénéficiaire
- Prothèses dentaires provisoires				
- Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)				
Implants non remboursés par la Sécurité sociale (hors pilier sur implant)	Non couvert	Non couvert	Non couvert	600 € par implant dans la limite de 1 200 € /an /bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	160 % BR	200 % BR	270 % BR	270 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	Non couvert	Non couvert	Non couvert	250 € par an
APPAREILLAGE				
Prothèses auditives (prise en charge par la Sécurité sociale)	130 % BR	160 % BR	220 % BR	220 % BR
Orthopédie et autres prothèses (prise en charge par la Sécurité sociale)				
ALLOCATIONS FORFAITAIRES				
Cures thermales : honoraires et soins	Non couvert	Non couvert	Non couvert	100 % BR
Forfait pour cure thermique remboursée par la Sécurité sociale	Non couvert	Non couvert	Non couvert	200 €
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou adoption multiple)	Non couvert	Non couvert	Non couvert	350 €

1 Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

2 Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verre multifocal ou progressif ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ou égal à + 4,00 dioptries.

(1) Y compris séjours en maison de repos à l'exclusion des frais relatifs au placement en long séjour.

(2) Les inter de bridges ne sont pas remboursés au titre du présent contrat.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale - OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO - FR : Frais réels.

Contrat surcomplémentaire collectif facultatif

Le total des remboursements de la Sécurité Sociale réels ou reconstitués, d'Humanis Prévoyance, et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses engagées.

L'Institution verse les prestations au titre du contrat déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties exprimées en forfait en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

Les prestations s'expriment y compris les remboursements effectués au titre du contrat de base.

DESCRIPTIF DES GARANTIES	SPORT 2	SPORT 3	SPORT 4
HOSPITALISATION (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Frais de séjour	150 % BR	180 % BR	180 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (adhérent OPTAM/ OPTAM-CO)	190 % BR	200 % BR	230 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (non adhérent OPTAM / OPTAM-CO)	150 % BR	180 % BR	180 % BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée	100 % FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire actes lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
Chambre particulière (limité à 30 jours)	30 € /jour	40 € /jour	60 € /jour
Forfait ambulatoire ⁽¹⁾ (par jour par personne protégée)	Non couvert	Non couvert	35 € /jour
Lit d'accompagnement	30 € /jour	40 € /jour	40 € /jour
PRACTIQUE MÉDICALE COURANTE (secteur conventionné et non conventionné ⁽¹⁾)			
Visites, consultations de généralistes (adhérent OPTAM/ OPTAM-CO)	130 % BR	130 % BR	200 % BR
Visites, consultations de généralistes (non adhérent OPTAM / OPTAM-CO)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Visites, consultations de spécialistes (adhérent OPTAM/ OPTAM-CO)	175 % BR	200 % BR	250 % BR
Visites, consultations de spécialistes (non adhérent OPTAM / OPTAM-CO)	130 % BR	180 % BR	180 % BR
Analyses	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (adhérent OPTAM/ OPTAM-CO)	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie, actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (non adhérent OPTAM / OPTAM-CO)	130 % BR	180 % BR	180 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (adhérent OPTAM/ OPTAM-CO)	175 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (non adhérent OPTAM / OPTAM-CO)	130 % BR	180 % BR	180 % BR
MÉDECINE ALTERNATIVE			
Prévention-Médecine douce : Homéopathe, Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Psychologue, Podologue, Diététicien (actes non remboursés par la Sécurité sociale), Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale (forfait par an par personne protégée)	25 € /acte limité à 2 par an et par bénéficiaire	25 € /acte limité à 3 par an et par bénéficiaire	25 € /acte limité à 4 par an et par bénéficiaire
TRANSPORT			
Transport pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PHARMACIE			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « majeur ou important »			
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « modéré »	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) « faible »			
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac	Non couvert	Non couvert	40 € /an /bénéficiaire
Pharmacie prescrite non remboursée	Non couvert	Non couvert	35 € /an /bénéficiaire

DESCRIPTIF DES GARANTIES	SPORT 2	SPORT 3	SPORT 4
OPTIQUE	1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an. Prise en charge limitée à 150 € pour la monture le cas échéant		
Réseau partenaire :			
✧ Équipement avec 2 verres simples ¹	160 €	210 €	250 €
✧ Équipement avec 2 verres complexes ²	330 €	420 €	420 €
✧ Équipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	240 €	320 €	320 €
Hors Réseau :			
✧ Équipement avec 2 verres simples ¹	120 €	140 €	140 €
✧ Équipement avec 2 verres complexes ²	220 €	250 €	250 €
✧ Équipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	170 €	180 €	180 €
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale			
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	Ticket modérateur + 150 € /an	Ticket modérateur + 200 € /an	Ticket modérateur + 200 € /an
Lentilles jetables			
DENTAIRE			
Soins dentaires	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Inlays-onlays	200 % BR	200 % BR	250 % BR
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : - Couronnes, bridges et inter de bridges - Couronnes sur implant - Prothèses dentaires amovibles - Réparations sur prothèses - Inlays-cores	200 % BR	270 % BR	270 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale : - Couronnes et bridges ⁽²⁾ - Prothèses dentaires provisoires - Réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)	Non couvert	Non couvert	250 € maximum 3 /an/bénéficiaire
Implants non remboursés par la Sécurité sociale (hors pilier sur implant)	Non couvert	Non couvert	600 € par implant dans la limite de 1 200 € /an /bénéficiaire
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	200 % BR	270 % BR	270 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	Non couvert	Non couvert	250 € par an
APPAREILLAGE			
Prothèses auditives (prise en charge par la Sécurité sociale)			
Orthopédie et autres prothèses (prise en charge par la Sécurité sociale)	160 % BR	220 % BR	220 % BR
ALLOCATIONS FORFAITAIRES			
Cures thermales : honoraires et soins	Non couvert	Non couvert	100 % BR
Forfait pour cure thermique remboursée par la Sécurité sociale	Non couvert	Non couvert	200 €
Allocation naissance ou adoption (doublée en cas de naissance ou adoption multiple)	Non couvert	Non couvert	350 €

1 Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

2 Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verre multifocal ou progressif ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ou égal à + 4,00 dioptries.

(1) Y compris séjours en maison de repos à l'exclusion des frais relatifs au placement en long séjour.

(2) Les inter de bridges ne sont pas remboursés au titre du présent contrat.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale - OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée mentionnés à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAM-CO - FR : Frais réels.