



29 rue de Forbach
B.P. 70092
57803 FREYMING-MERLEBACH
Tél. : 03 87 04 14 17
Fax : 03 87 04 15 23
E-mail : soli-caisse@orange.fr

Soli-Caisse,

C'est aussi :

- ✚ La prévoyance
- ✚ L'assurance-vie
- ✚ La retraite
- ✚ Les placements
- ✚ La dépendance
- ✚ L'assurance emprunteur
- ✚ La protection juridique
- ✚ L'assurance habitation

Pour tout parrainage
d'un contrat de santé,
recevez un chèque d'une
valeur de 20 €

COTISATIONS MENSUELLES ● 2019

AGE	S 100		S 125		S 150		S 200		S 250		S 300	
ENFANTS	9.20	29.77	15.16	34.52	19.90	41.06	27.88	48.61	35.66	59.19	44.94	69.60
- de 25 ans	10.23	34.44	17.07	41.51	23.56	48.73	35.35	57.12	42.22	70.30	50.57	84.66
de 25 à 34 ans	12.27	41.01	20.86	48.42	27.18	57.12	37.21	67.18	50.66	82.14	67.43	97.91
de 35 à 44 ans	13.30	43.84	22.76	51.87	29.00	60.48	40.89	72.20	52.54	89.75	68.36	107.86
de 45 à 59 ans	16.36	52.18	26.55	63.94	35.33	73.89	48.37	87.29	63.80	107.51	82.41	128.58
de 60 à 69 ans	22.51	74.51	36.99	88.11	48.90	104.06	68.82	123.34	90.06	152.32	116.12	182.44
plus de 70 ans	33.75	111.77	55.96	132.98	74.22	157.70	104.15	186.20	138.84	230.12	183.53	275.26

Montants en Euros

REGIME LOCAL

Janvier 2019

REGIME GENERAL

Tarif préférentiel pour les étudiants et chômeurs de moins de 30 ans : 30.24 € par mois en formule S 125

COTISATIONS MENSUELLES ● 2019

AGE	S 100		S 125		S 150		S 200		S 250		S 300	
ENFANTS	9.20	29.77	15.16	34.52	19.90	41.06	27.88	48.61	35.66	59.19	44.94	69.60
- de 25 ans	10.23	34.44	17.07	41.51	23.56	48.73	35.35	57.12	42.22	70.30	50.57	84.66
de 25 à 34 ans	12.27	41.01	20.86	48.42	27.18	57.12	37.21	67.18	50.66	82.14	67.43	97.91
de 35 à 44 ans	13.30	43.84	22.76	51.87	29.00	60.48	40.89	72.20	52.54	89.75	68.36	107.86
de 45 à 59 ans	16.36	52.18	26.55	63.94	35.33	73.89	48.37	87.29	63.80	107.51	82.41	128.58
de 60 à 69 ans	22.51	74.51	36.99	88.11	48.90	104.06	68.82	123.34	90.06	152.32	116.12	182.44
plus de 70 ans	33.75	111.77	55.96	132.98	74.22	157.70	104.15	186.20	138.84	230.12	183.53	275.26

Montants en Euros

REGIME LOCAL

janvier 2019

REGIME GENERAL

Tarif préférentiel pour les étudiants et chômeurs de moins de 30 ans : 30.24 € par mois en formule S 125

En complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme, toujours dans la limite des frais réellement engagés, après déduction de la participation forfaitaire définie à l'article L160-13 II du Code de la Sécurité sociale, de la franchise médicale définie à l'article L160-13 III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux et en application de l'ensemble des obligations et interdictions liées au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits « contrat responsable ».

FORMULE 1

NATURE DES ACTES	FORMULE 1
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	PRESTATIONS
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM ⁽¹⁾	300% BR
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	120% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait technique médical	18 €
Régime particulier-adhérent et conjoint ⁽²⁾	40 € par jour limité à 30 jours/an
Régime particulier-enfant	-
Régime commun-adhérent et conjoint ⁽²⁾	12,20 € par jour limité à 30 jours/an
Régime commun-enfant	-
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 13 ans	20 € par jour limité à 10 jours/an
SEJOUR EN CENTRE DE REEDUCATION OU PSYCHOTHERAPIQUE	
Honoraires et frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels limités à 120 jours par an
Régime commun-adhérent et conjoint ⁽²⁾	6,10 € par jour limité à 30 jours par an
Régime commun-enfant	-
AUTRE SEJOUR D'ORDRE MEDICAL, POST-MEDICAL OU POST-CHIRURGICAL	
Honoraires et frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
FRAIS DE TRANSPORT	
Remboursés par le régime obligatoire	100 % BR
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	100 % BR
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	80 % BR
Analyses	100 % BR
Radiographie par un praticien adhérent aux DPTAM secteur 1 ou 2	100 % BR
Radiographie par un praticien n'adhérent pas aux DPTAM secteur 1 ou 2 ou en établissement non conventionné	80 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes d'ostéopathie, chiropracteur, acupuncteur ou diététicien (2 consultations maximum par an/bénéficiaire)	30 € par consultation
PHARMACIE	
Frais remboursés par le régime obligatoire	100 % TFR

DENTAIRE	PRESTATIONS
Soins dentaires	150 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire	250 % BR limité à 1 300 € /an/bénéficiaire
Bonus fidélité : après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond (dans la limite du plafond du contrat responsable).	10 %
Prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire, y compris implant	Forfait annuel de 107 €
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire	250 % BR
EQUIPEMENT OPTIQUE* (tous les 2 ans)	
Monture forfait	110 €
Verres simples ⁽⁴⁾	130 €
Verres complexes et très complexes ⁽⁵⁾ (85.00€ par verre)	170 €
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an /bénéficiaire	161 €
Bonus fidélité** après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond	10 %
Chirurgie au laser pour la myopie	98 € /an/bénéficiaire
PROTHESES DIVERSES	
Prothèses non dentaires	100 % BR
Orthopédie, petit appareillage	100 % BR
MATERNITE	
Prime	275 €
CURE THERMALE	
Adhérent ou conjoint	130 € /an/bénéficiaire
Enfant : frais de cure + 3 consultations du médecin thermal	100 % BR
FRAIS D'OBSEQUES (jusqu'à 64 ans inclus)	
Assuré (forfait)	1 525 €
Conjoint et enfant (forfait)	765 €
ACTES DE PREVENTION	
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention présent dans l'Arrêté du 8 juin 2006 en application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale. ⁽⁶⁾	100 € (forfait global/an/bénéficiaire)

(1) Dans la limite des plafonds répondant aux exigences du contrat Responsable.

(2) Formule 1 : Régime commun *et* ou régime particulier cumulés hospitalisation et séjours en centre de rééducation et psychothérapie: 30 j par an

(3) Ne sont pas pris en charge la majoration forfaitaire du ticket modérateur et le dépassement d'honoraires autorisé pour les médecins spécialistes du secteur 1, dont les montants sont définis par décret.

(4) Verres simples=verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

(5) Verres complexes=verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes=verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou progressifs sphériques dont la sphère hors zone de -4,00 à +4,00.

* Pour les adultes (+18 ans), remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle. * Pour les mineurs (-18ans) un équipement tous les ans (1 monture+2 verres)

** Le maximum du bonus ne peut excéder le plafond prévu par les dispositions du « contrat responsable », telle qu'édictées par les articles L.871-1 à R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

(6) Les 7 actes de prévention sont définis par l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code :

- 1- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1ère et 2ème molaires permanentes, n'intervienne qu'une fois par dent et soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14ème anniversaire.
- 2- Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en deux séances maximum).
- 3- Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- 4- Dépistage hépatite B
- 5- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale ; Audiométrie tonale avec tympanométrie; Audiométrie vocale dans le bruit ; Audiométrie tonale ou vocale ; Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie.
- 6- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les 6 ans.
- 7- Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges, Coqueluche : avant 14 ans, Hépatite B : avant 14 ans, BCG avant 6 ans, Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, Haemophilus influenzae B, Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

BR : Base de remboursement du régime obligatoire

MR : Montant remboursé par le régime obligatoire

TFR : tarif forfaitaire de responsabilité

DPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité Sociale : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.

GARANTIES AU 1^{er} JANVIER 2019

En complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme, toujours dans la limite des frais réellement engagés, après déduction de la participation forfaitaire définie à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale, de la franchise médicale définie à l'article L.322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux et en application de l'ensemble des obligations et interdictions liées au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits « contrat responsable ».

FORMULE 2

NATURE DES ACTES	FORMULE 2
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	PRESTATIONS
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM ⁽¹⁾	300% BR
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	120% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait technique médical	-
Régime particulier-adhérent et conjoint	53.50 € par jour limité à 45 jours/séjour
Régime particulier-enfant	53.50 € par jour limité à 45 jours/séjour
Régime commun-adhérent et conjoint	15.30 € par jour limité à 45 jours/séjour
Régime commun-enfant	7.70 € par jour limité à 45 jours/séjour
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 13 ans	24 € par jour limité à 10 jours/an
SEJOUR EN CENTRE DE REEDUCATION OU PSYCHOTHERAPIQUE	
Honoraires et frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels limités à 120 jours par an
Régime commun-adhérent et conjoint	7.70 € par jour limité à 45 jours par séjour
Régime commun-enfant	4.00 € par jour limité à 45 jours par séjour
AUTRE SEJOUR D'ORDRE MEDICAL, POST-MEDICAL OU POST-CHIRURGICAL	
Honoraires et frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
FRAIS DE TRANSPORT	
Remboursés par le régime obligatoire	100 % BR
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	100 % BR
Actes médicaux (secteur 1 ou 2 ou non conventionné) / Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	80 % BR
Analyses	100 % BR
Radiographie par un praticien adhérent aux DPTAM secteur 1 ou 2	100 % BR
Radiographie par un praticien n'adhérent pas aux DPTAM secteur 1 ou 2 ou en établissement non conventionné	80 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes d'ostéopathie, chiropracteur, acupuncteur ou diététicien (2 consultations maximum par an/bénéficiaire)	-
PHARMACIE	
Frais remboursés par le régime obligatoire	100 % TFR

NATURE DES ACTES	FORMULE 2
DENTAIRE	PRESTATIONS
Soins dentaires	200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire	250 % BR limité à 982 € /an/bénéficiaire
Bonus fidélité : après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond (dans la limite du plafond du contrat responsable).	10 %
Prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire, y compris implant	Forfait annuel de 161 €
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire	250 % BR
EQUIPEMENT OPTIQUE* (tous les 2 ans)	
Monture forfait	100 €
Verres simples ⁽³⁾	110 €
Verres complexes et très complexes ⁽⁴⁾ (80.50 € par verre)	152 €
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an /bénéficiaire	152 €
Bonus fidélité** après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond	10 %
Chirurgie au laser pour la myopie	114 € /an/bénéficiaire
PROTHESES DIVERSES	
Prothèses non dentaires	100 % BR
Orthopédie, petit appareillage	100 % BR
MATERNITE	
Prime	382 €
CURE THERMALE	
Adhérent ou conjoint	150 € /an/bénéficiaire
Enfant : frais de cure + 3 consultations du médecin thermal	-
FRAIS D'OBSEQUES (jusqu'à 64 ans inclus)	
Assuré (forfait)	1 525 €
Conjoint et enfant (forfait)	765 €
ACTES DE PREVENTION	
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention présent dans l'Arrêté du 8 juin 2006 en application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale	125 € (forfait global/an/bénéficiaire)

(1) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels.

(2) Ne sont pas pris en charge la majoration forfaitaire du ticket modérateur et le dépassement d'honoraires autorisé pour les médecins spécialistes du secteur 1, dont les montants sont définis par décret.

(3) Verres simples=verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

(4) Verres complexes=verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes=verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou progressifs sphériques dont la sphère hors zone de -4,00 à +4,00.

* Pour les adultes (+18 ans), remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle.

* Pour les mineurs (-18ans) un équipement tous les ans (1 monture+2 verres)

** Le maximum du bonus ne peut excéder le plafond prévu par les dispositions du « contrat responsable », telle qu'édictées par les articles L.871-1 à R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

BR : Base de remboursement du régime obligatoire

MR : Montant remboursé par le régime obligatoire

TFR : tarif forfaitaire de responsabilité

DPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité Sociale : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.

Janvier 2019

En complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme, toujours dans la limite des frais réellement engagés, après déduction de la participation forfaitaire définie à l'article L160-13 II du Code de la Sécurité sociale, de la franchise médicale définie à l'article L160-13 III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux et en application de l'ensemble des obligations et interdictions liées au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits « contrat responsable ».

FORMULE 3

NATURE DES ACTES	FORMULE 3
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	PRESTATIONS
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM ⁽¹⁾	300% BR
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	120% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait technique médical	18 €
Régime particulier-adhérent et conjoint ⁽²⁾	60 € par jour limité à 45 jours/séjour
Régime particulier-enfant	60 € par jour limité à 45 jours/séjour
Régime commun-adhérent et conjoint ⁽²⁾	15.30 € par jour limité à 45 jours/séjour
Régime commun-enfant	7.70 € par jour limité à 45 jours/séjour
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 13 ans	24 € par jour limité à 10 jours/séjour
SEJOUR EN CENTRE DE REEDUCATION OU PSYCHOTHERAPIQUE	
Honoraires et frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels limités à 120 jours par an
Régime commun-adhérent et conjoint ⁽²⁾	7.70 € par jour limité à 45 jours par séjour
Régime commun-enfant	4.00 € par jour limité à 45 jours par séjour
AUTRE SEJOUR D'ORDRE MEDICAL, POST-MEDICAL OU POST-CHIRURGICAL	
Honoraires et frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
FRAIS DE TRANSPORT	
Remboursés par le régime obligatoire	100 % BR
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	100 % BR
Actes médicaux (secteur 1 ou 2 ou non conventionné) / Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	80 % BR
Analyses	100 % BR
Radiographie par un praticien adhérent aux DPTAM secteur 1 ou 2	100 % BR
Radiographie par un praticien n'adhérent pas aux DPTAM secteur 1 ou 2 ou en établissement non conventionné	80 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes d'ostéopathie, chiropracteur, acupuncteur ou diététicien (2 consultations maximum par an/bénéficiaire)	30 € par consultation
PHARMACIE	
Frais remboursés par le régime obligatoire	100 % TFR

DENTAIRE	PRESTATIONS
Soins dentaires	200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire	300 % BR limité à 1 600 € /an/bénéficiaire
Bonus fidélité : après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond (dans la limite du plafond du contrat responsable).	10 %
Prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire, y compris implant	Forfait annuel de 161 €
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire	300 % BR
EQUIPEMENT OPTIQUE* (tous les 2 ans)	
Monture forfait	130 €
Verres simples ⁽³⁾	160 €
Verres complexes et très complexes ⁽⁴⁾ (100.00 € par verre)	200 €
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an /bénéficiaire	191 €
Bonus fidélité** après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond	10 %
Chirurgie au laser pour la myopie	114 € /an/bénéficiaire
PROTHESES DIVERSES	
Prothèses non dentaires	100 % BR
Orthopédie, petit appareillage	100 % BR
MATERNITE	
Prime	382 €
CURE THERMALE	
Adhérent ou conjoint	200 € /an/bénéficiaire
Enfant : frais de cure + 3 consultations du médecin thermal	100 % BR
FRAIS D'OBSEQUES (jusqu'à 64 ans inclus)	
Assuré (forfait)	1 525 €
Conjoint et enfant (forfait)	765 €
ACTES DE PREVENTION	
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention présent dans l'Arrêté du 8 juin 2006 en application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale	125 € (forfait global/an/bénéficiaire)

(1) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels.

(2) Formule 3 : Régime commun *et ou* régime particulier cumulés hospitalisation et séjours en centre de rééducation et psychothérapie: 45 j par séjour

(3) Ne sont pas pris en charge la majoration forfaitaire du ticket modérateur et le dépassement d'honoraires autorisé pour les médecins spécialistes du secteur 1, dont les montants sont définis par décret.

(4) Verres simples=verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

(5) Verres complexes=verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes=verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou progressifs sphériques dont la sphère hors zone de -4,00 à +4,00.

* Pour les adultes (+18 ans), remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle. * Pour les mineurs (-18ans) un équipement tous les ans (1 monture+2 verres)

** Le maximum du bonus ne peut excéder le plafond prévu par les dispositions du « contrat responsable », telle qu'édictées par les articles L.871-1 à R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

(6) Les 7 actes de prévention sont définis par l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code :

- 1- Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sous réserve que l'acte soit effectué sur les 1ère et 2ème molaires permanentes, n'intervienne qu'une fois par dent et soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14ème anniversaire.
- 2- Un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en deux séances maximum).
- 3- Un bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- 4- Dépistage hépatite B
- 5- Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : Audiométrie tonale ou vocale ; Audiométrie tonale avec tympanométrie; Audiométrie vocale dans le bruit ; Audiométrie tonale ou vocale ; Audiométrie tonale ou vocale avec tympanométrie.
- 6- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire, sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans une fois tous les 6 ans.
- 7- Les vaccinations suivantes (seules ou combinées) : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges, Coqueluche : avant 14 ans, Hépatite B : avant 14 ans, BCG avant 6 ans, Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, Haemophilus influenzae B, Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

BR : Base de remboursement du régime obligatoire

MR : Montant remboursé par le régime obligatoire

TFR : tarif forfaitaire de responsabilité

DPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité Sociale : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.

GARANTIES AU 1^{er} JANVIER 2019

En complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme, toujours dans la limite des frais réellement engagés, après déduction de la participation forfaitaire définie à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale, de la franchise médicale définie à l'article L.322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux et en application de l'ensemble des obligations et interdictions liées au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits « contrat responsable ».

FORMULE 4

NATURE DES ACTES	FORMULE 4
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	
PRESTATIONS	
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM ⁽¹⁾	300% BR
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	120% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait technique médical	-
Régime particulier-adhérent et conjoint ⁽²⁾	35 € par jour limité à 30 jours/an
Régime particulier-enfant	-
Régime commun-adhérent et conjoint ⁽²⁾	12 ,20 € par jour limité à 30 jours/an
Régime commun-enfant	-
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 13 ans	20 € par jour limité à 10 jours/an
SEJOUR EN CENTRE DE REEDUCATION OU PSYCHOTHERAPIQUE	
Honoraires et frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels limités à 120 jours par an
Régime commun-adhérent et conjoint ⁽²⁾	6,10 € par jour limité à 30 jours par an
Régime commun-enfant	-
AUTRE SEJOUR D'ORDRE MEDICAL, POST-MEDICAL OU POST-CHIRURGICAL	
Honoraires et frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
FRAIS DE TRANSPORT	
Remboursés par le régime obligatoire	100 % BR
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	100 % BR
Actes médicaux (secteur 1 ou 2 ou non conventionné) / Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	80 % BR
Analyses	100 % BR
Radiographie par un praticien adhérent aux DPTAM secteur 1 ou 2	100 % BR
Radiographie par un praticien n'adhérent pas aux DPTAM secteur 1 ou 2 ou en établissement non conventionné	80 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes d'ostéopathie, chiropracteur, acupuncteur ou diététicien (2 consultations maximum par an/bénéficiaire)	-
PHARMACIE	
Frais remboursés par le régime obligatoire	100 % TFR

NATURE DES ACTES	FORMULE 4
DENTAIRE	PRESTATIONS
Soins dentaires	150 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire	200 % BR limité à 799 € /an/bénéficiaire
Bonus fidélité : après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond (dans la limite du plafond du contrat responsable).	10 %
Prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire, y compris implant	Forfait annuel de 107 €
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire	200 % BR
EQUIPEMENT OPTIQUE* (tous les 2 ans)	
Monture forfait	82 €
Verres simples ⁽⁴⁾	100 €
Verres complexes et très complexes ⁽⁵⁾ (80.50 € par verre)	129 €
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an /bénéficiaire	129 €
Bonus fidélité** après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond	10 %
Chirurgie au laser pour la myopie	98 € /an/bénéficiaire
PROTHESES DIVERSES	
Prothèses non dentaires	100 % BR
Orthopédie, petit appareillage	100 % BR
MATERNITE	
Prime	275 €
CURE THERMALE	
Adhérent ou conjoint	90 € /an/bénéficiaire
Enfant : frais de cure + 3 consultations du médecin thermal	-
FRAIS D'OBSEQUES (jusqu'à 64 ans inclus)	
Assuré (forfait)	1 525 €
Conjoint et enfant (forfait)	765 €
ACTES DE PREVENTION	
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention présent dans l'Arrêté du 8 juin 2006 en application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale	100 € (forfait global/an/bénéficiaire)

(1) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels.

(2) Formule 4 : Régime commun *et ou* régime particulier cumulés hospitalisation et séjours en centre de rééducation et psychothérapie: 30 j par an

(3) Ne sont pas pris en charge la majoration forfaitaire du ticket modérateur et le dépassement d'honoraires autorisé pour les médecins spécialistes du secteur 1, dont les montants sont définis par décret.

(4) Verres simples=verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

(5) Verres complexes=verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes=verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou progressifs sphériques dont la sphère hors zone de -4,00 à +4,00.

* Pour les adultes (+18 ans), remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle.

* Pour les mineurs (-18ans) un équipement tous les ans (1 monture+2 verres)

** Le maximum du bonus ne peut excéder le plafond prévu par les dispositions du « contrat responsable », telle qu'édictées par les articles L.871-1 à R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

BR : Base de remboursement du régime obligatoire

MR : Montant remboursé par le régime obligatoire

TFR : tarif forfaitaire de responsabilité

DPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité Sociale : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.

Janvier 2019

GARANTIES AU 1^{er} JANVIER 2019

En complément des remboursements de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme, toujours dans la limite des frais réellement engagés, après déduction de la participation forfaitaire définie à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale, de la franchise médicale définie à l'article L.322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux et en application de l'ensemble des obligations et interdictions liées au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide, dits « contrat responsable ».

FORMULE 6

NATURE DES ACTES	FORMULE 6
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	PRESTATIONS
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM ⁽¹⁾	100% BR
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	80% BR
Frais de séjour	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait technique médical	18 €
Régime particulier-adhérent et conjoint	17 € par jour limité à 30 jours/an
Régime particulier-enfant	-
Régime commun-adhérent et conjoint	-
Régime commun-enfant	-
Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 13 ans	-
SEJOUR EN CENTRE DE REEDUCATION OU PSYCHOTHERAPIQUE	
Honoraires et frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels limités à 60 jours par an
Régime commun-adhérent et conjoint	-
Régime commun-enfant	-
AUTRE SEJOUR D'ORDRE MEDICAL, POST-MEDICAL OU POST-CHIRURGICAL	
Honoraires et frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels limités à 60 jours par an
FRAIS DE TRANSPORT	
Remboursés par le régime obligatoire	100 % BR
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	100 % BR
Actes médicaux (secteur 1 ou 2 ou non conventionné) / Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	80 % BR
Analyses	100 % BR
Radiographie par un praticien adhérent aux DPTAM secteur 1 ou 2	100 % BR
Radiographie par un praticien n'adhérent pas aux DPTAM secteur 1 ou 2 ou en établissement non conventionné	80 % BR
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Actes d'ostéopathie, chiropracteur, acupuncteur ou diététicien (2 consultations maximum par an/bénéficiaire)	-
PHARMACIE	
Frais remboursés par le régime obligatoire	100 % TFR

NATURE DES ACTES	FORMULE 6
DENTAIRE	PRESTATIONS
Soins dentaires	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire	100 % BR limité à 331 € /an/bénéficiaire
Bonus fidélité : après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond (dans la limite du plafond du contrat responsable).	10 %
Prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire, y compris implant	-
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire	100 % BR
EQUIPEMENT OPTIQUE* (tous les 2 ans)	
Monture forfait	38 €
Verres simples ⁽³⁾	40 €
Verres complexes et très complexes ⁽⁴⁾ (80.50 € par verre)	60 €
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an /bénéficiaire	60 €
Bonus fidélité** après 4 ans d'adhésion dans la formule, augmentation du plafond	10 %
Chirurgie au laser pour la myopie	-
PROTHESES DIVERSES	
Prothèses non dentaires	50 % BR limité à 198.50 €/an
Orthopédie, petit appareillage	100 % BR
MATERNITE	
Prime	-
CURE THERMALE	
Adhérent ou conjoint	45 € /an/bénéficiaire
Enfant : frais de cure + 3 consultations du médecin thermal	-
FRAIS D'OBSEQUES (jusqu'à 64 ans inclus)	
Assuré (forfait)	-
Conjoint et enfant (forfait)	-
ACTES DE PREVENTION	
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention présent dans l'Arrêté du 8 juin 2006 en application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale	75 € (forfait global/an/bénéficiaire)

(1) En référence à la base de remboursement du régime obligatoire et dans la limite de 90% des frais réels.

(2) Ne sont pas pris en charge la majoration forfaitaire du ticket modérateur et le dépassement d'honoraires autorisé pour les médecins spécialistes du secteur 1, dont les montants sont définis par décret.

(3) Verres simples=verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

(4) Verres complexes=verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verres multifocaux ou progressifs. Verres très complexes=verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou progressifs sphériques dont la sphère hors zone de -4,00 à +4,00.

* Pour les adultes (+18 ans), remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle.

* Pour les mineurs (-18ans) un équipement tous les ans (1 monture+2 verre)

** Le maximum du bonus ne peut excéder le plafond prévu par les dispositions du « contrat responsable », telle qu'édictées par les articles L.871-1 à R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

BR : Base de remboursement du régime obligatoire

MR : Montant remboursé par le régime obligatoire

TFR : tarif forfaitaire de responsabilité

DPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité Sociale : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.