



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

GARANTIES AU 1^{ER} JANVIER 2019

Les prestations ci-dessous incluent le montant 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 ».

GAMME SERENIUM 100

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 100	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	PRESTATIONS	
	Secteur Conventionné	Secteur non Conventionné
Frais de séjour ⁽³⁾	100 % de la BR	100 % de la BR
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM ⁽¹⁾	100 % de la BR	100 % de la BR
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	100 % de la BR	100 % de la BR
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et de radiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Chirurgie et anesthésie ⁽³⁾	100 % de la BR	100 % de la BR
Forfait Technique Médical	18 €	18 €
Forfait journalier hospitalier ^{(1) (2)}	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽¹⁾	-	-
Frais d'accompagnant ⁽¹⁾	-	-
Transport de malade	100 % de la BR	100 % de la BR
Hospitalisation à domicile	100 % de la BR	100 % de la BR
Actes d'obstétrique ⁽³⁾	100 % de la BR	100 % de la BR
PHARMACIE		
Médicaments et homéopathie remboursés par le régime Obligatoire	100 % TFR	
FRAIS MEDICAUX COURANTS		
	Secteur conventionné ou non conventionné	
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	100 % de la 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	100 % de la BR	
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et deradiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Analyses	100 % de la BR	
Radiographie par un praticien adhérent aux DPTAM secteur 1 ou 2	100 % de la BR	
Radiographie par un praticien n'adhérent pas aux DPTAM secteur 1 ou 2 ou en établissement non conventionné	100 % de la BR	
Auxiliaires médicaux	100 % de la BR	
Actes d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur ou diététicien 2 consultations maximum par an/bénéficiaire : par consultation	-	

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 100
DENTAIRE	PRESTATIONS
Dentaire remboursé par le Régime obligatoire	
Soins dentaires	100 % de la BR
Prothèses dentaires et orthodontie	125 % de la BR
Bonus fidélité à partir de la 4 ^{ème} année ⁽⁵⁾	+20 %
Plafond poste prothèses et orthodontie par an / bénéficiaire	-
Dentaire non remboursé par le Régime obligatoire Y compris forfait implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie plafond poste dentaire non remboursé par an /bénéficiaire	-
PROTHESES DIVERSES - APPAREILLAGE	
Prothèses médicales	100 % de la BR
Prothèses capillaires remboursées par le régime obligatoire	100 % de la BR
Appareillage et petit appareillage	100 % de la BR
EQUIPEMENT OPTIQUE** (tous les deux ans)	
Monture forfait ⁽⁷⁾	25 €
Verres simples ⁽⁸⁾	35 €
Verres complexes et très complexes	50 €
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an / bénéficiaire	60 €
Bonus fidélité* à partir de la 4 ^{ème} année ⁽⁶⁾	+ 20 %
Chirurgie de la myopie (par œil) par an / bénéficiaire	-
MATERNITE	
Chambre particulière	-
Forfait naissance ou adoption	-
CURES THERMALES	
Forfait thermal et forfait surveillance cure	100 % de la BR
Forfait par an / bénéficiaire	-
ALLOCATIONS OBSEQUES	
Versement d'une allocation forfaitaire	-
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) Durée illimitée en hospitalisation chirurgicale et en hospitalisation médicale.

(2) Le forfait journalier n'est pas garanti pour les bénéficiaires relevant du régime local Alsace-Moselle.

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

(4) 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.

(5) Sur le poste prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire après trois ans de garantie dans la même option.

(6) Sur le plafond monture, verres et lentilles après trois ans de garantie dans la même option.

(7) 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

(8) Verres complexes=verres simple foyer dont la sphère est supérieur 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 sphéro-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.

*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 et R.871-1 à R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er

**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.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale-Montant remboursé par la Sécurité sociale

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

Les prestations ci-dessous incluent le 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 ».

GAMME SERENIUM 125

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 125	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	PRESTATIONS	
	Secteur Conventionné	Secteur non Conventionné
Frais de séjour ⁽³⁾	125 % de la BR	
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM ⁽¹⁾	125 % de la BR	
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	105 % de la BR	
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et de radiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Chirurgie et anesthésie ⁽³⁾	125 % de la BR	125 % de la BR
Forfait Technique Médical ^{(1) (2)}	18 €	18 €
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽¹⁾	35 € par jour	
Frais d'accompagnant ⁽¹⁾	35 € par jour	-
Transport de malade	100 % de la BR	100 % de la BR
Hospitalisation à domicile	125 % de la BR	100 % de la BR
Actes d'obstétrique ⁽³⁾	125 % de la BR	125 % de la BR
PHARMACIE		
Médicaments et homéopathie remboursés par le régime obligatoire	100 % TFR	
FRAIS MEDICAMENTAUX COURANTS		
Secteur conventionné ou non conventionné		
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	125 % de la 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	105 % de la BR	
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et de radiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Analyses	125 % de la BR	
Radiographie par un praticien adhérent aux DPTAM secteur 1 ou 2	125 % de la BR	
Radiographie par un praticien n'adhérent pas aux DPTAM secteur 1 ou 2 ou en établissement non conventionné	105 % de la BR	
Auxiliaires médicaux	125 % de la BR	
Actes d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur ou diététicien 2 consultations maximum par an/bénéficiaire : par consultation	28 € (maximum 2 par an/bénéficiaire)	

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 125
DENTAIRE	PRESTATIONS
Dentaire remboursé par le Régime obligatoire	
Soins dentaires	100 % de la BR
Prothèses dentaires et orthodontie	150 % de la BR
Bonus fidélité à partir de la 4ème année ⁽⁵⁾	+20 %
Plafond poste prothèses et orthodontie par an / bénéficiaire	-
Dentaire non remboursé par le Régime obligatoire Y compris forfait implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie plafond poste dentaire non remboursé par an/bénéficiaire	100 €
PROTHESES DIVERSES - APPAREILLAGE	
Prothèses médicales	125 % de la BR
Prothèses capillaires remboursées par le régime obligatoire	150 % de la BR
Appareillage et petit appareillage	125 % de la BR
EQUIPEMENT OPTIQUE** (tous les deux ans)	
Monture forfait ⁽⁷⁾	50 €
Verres simples ⁽⁷⁾	70 €
Verres complexes et très complexes ⁽⁸⁾	100 €
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an / bénéficiaire	120 €
Bonus fidélité* à partir de la 4ème année ⁽⁶⁾	+ 20 %
Chirurgie de la myopie (par œil) par an / bénéficiaire	-
MATERNITE	
Chambre particulière	35 € par jour
Forfait naissance ou adoption	175 €
CURES THERMALES	
Forfait thermal et forfait surveillance cure	125 % de la BR
Forfait par an / bénéficiaire	100 €
ALLOCATIONS OBSEQUES	
Versement d'une allocation forfaitaire	200 €
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) Durée illimitée en hospitalisation chirurgicale et en hospitalisation médicale.

(2) Le forfait journalier n'est pas garanti pour les bénéficiaires relevant du régime local Alsace-Moselle.

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

(4) 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.

(5) Sur le poste prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire après trois ans de garantie dans la même option.

(6) Sur le plafond monture, verres et lentilles après trois ans de garantie dans la même option.

(7) 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

(8) Verres complexes = verres simple foyer dont la sphère est supérieur 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 sphéro-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.

*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 et R.871-1 à R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er

**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.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale-Montant remboursé par la Sécurité sociale

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

Les prestations ci-dessous incluent le montant 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 ».

GAMME SERENIUM 150

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 150	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	PRESTATIONS	
	Secteur Conventionné	Secteur non Conventionné
Frais de séjour ⁽³⁾	150 % de la BR	
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM ⁽¹⁾	150 % de la BR	
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	130 % de la BR	
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et de radiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Chirurgie et anesthésie ⁽³⁾	150 % de la BR	150 % de la BR
Forfait Technique Médical	18 €	18 €
Forfait journalier hospitalier ^{(1) (2)}	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽¹⁾	40 € par jour	
Frais d'accompagnant ⁽¹⁾	40 € par jour	-
Transport de malade	100 % de la BR	100 % de la BR
Hospitalisation à domicile	125 % de la BR	100 % de la BR
Actes d'obstétrique ⁽³⁾	150 % de la BR	150 % de la BR
PHARMACIE		
Médicaments et homéopathie remboursés par le régime obligatoire	100 % TFR	
FRAIS MEDICAUX COURANTS		
	Secteur conventionné ou non conventionné	
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	150 % de la 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	130 % de la BR	
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et de radiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Analyses	125 % de la BR	
Radiographie par un praticien adhérent aux DPTAM secteur 1 ou 2	125 % de la BR	
Radiographie par un praticien n'adhérent pas aux DPTAM secteur 1 ou 2 ou en établissement non conventionné	105 % de la BR	
Auxiliaires médicaux	125 % de la BR	
Actes d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur ou diététicien 2 consultations maximum par an/bénéficiaire : par consultation	28 € (maximum 2 par an/bénéficiaire)	

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 150
DENTAIRE	PRESTATIONS
Dentaire remboursé par le Régime obligatoire	
Soins dentaires	100 % de la BR
Prothèses dentaires et orthodontie	200 % de la BR
Bonus fidélité à partir de la 4 ^{ème} année ⁽⁵⁾	+20 %
Plafond poste prothèses et orthodontie par an / bénéficiaire	1 500 €
Dentaire non remboursé par le Régime obligatoire Y compris forfait implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie plafond poste dentaire non remboursé par an /bénéficiaire	150 €
PROTHESES DIVERSES - APPAREILLAGE	
Prothèses médicales	150 % de la BR
Prothèses capillaires remboursées par le régime obligatoire	175 % de la BR
Appareillage et petit appareillage	150 % de la BR
EQUIPEMENT OPTIQUE** (tous les deux ans)	
Monture forfait ⁽⁷⁾	75 €
Verres simples	75 €
Verres complexes et très complexes ⁽⁸⁾	125 €
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an / bénéficiaire	150 €
Bonus fidélité* à partir de la 4 ^{ème} année ⁽⁶⁾	+ 20 %
Chirurgie de la myopie (par œil) par an / bénéficiaire	-
MATERNITE	
Chambre particulière	40 € par jour
Forfait naissance ou adoption	200 €
CURES THERMALES	
Forfait thermal et forfait surveillance cure	125 % de la BR
Forfait par an / bénéficiaire	150 €
ALLOCATIONS OBSEQUES	
Versement d'une allocation forfaitaire	300 €
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 hospitalisation chirurgicale et en hospitalisation médicale.

(2) Le forfait journalier n'est pas garanti pour les bénéficiaires relevant du régime local Alsace-Moselle.

(3) En référence à la base de remboursement du régime Durée illimitée obligatoire et dans la limite de 90 % des frais réels secteur non conventionné.

(4) 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.

(5) Sur le poste prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire après trois ans de garantie dans la même option.

(6) Sur le plafond monture, verres et lentilles après trois ans de garantie dans la même option.

(7) 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

(8) Verres complexes=verres simple foyer dont la sphère est supérieur 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.

*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 et R.871-1 à R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er

**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.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale-Montant remboursé par la Sécurité sociale

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

Les prestations ci-dessous incluent le montant 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 ».

GAMME SERENIUM 200

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 200	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	PRESTATIONS	
	Secteur Conventionné	Secteur non Conventionné
⁽³⁾ Frais de séjour	200 % de la BR	
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM ⁽¹⁾	200 % de la BR	
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	180 % de la BR	
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et de radiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Chirurgie et anesthésie ⁽³⁾	200 % de la BR	200 % de la BR
Forfait Technique Médical ^{(1) (2)}	18 €	18 €
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽¹⁾	45 € par jour	
Frais d'accompagnant ⁽¹⁾	45 € par jour	-
Transport de malade	100 % de la BR	100 % de la BR
Hospitalisation à domicile	150 % de la BR	100 % de la BR
Actes d'obstétrique ⁽³⁾	200 % de la BR	200 % de la BR
PHARMACIE		
Médicaments et homéopathie remboursés par l'éligibilité obligatoire	100 % TFR	
FRAIS MEDICAMENTEUX COURANTS		
	Secteur conventionné ou non conventionné	
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	200 % de la 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	180 % de la BR	
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et de radiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Analyses	150 % de la BR	
Radiographie par un praticien adhérent aux DPTAM secteur 1 ou 2	150 % de la BR	
Radiographie par un praticien n'adhérent pas aux DPTAM secteur 1 ou 2 ou en établissement non conventionné	130 % de la BR	
Auxiliaires médicaux	150 % de la BR	
Actes d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur ou diététicien 2 consultations maximum par an/bénéficiaire : par consultation	28 € (maximum 2 par an/bénéficiaire)	

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 200
DENTAIRE	PRESTATIONS
Dentaire remboursé par le Régime obligatoire	
Soins dentaires	100 % de la BR
Prothèses dentaires et orthodontie ⁽⁵⁾	250 % de la BR
Bonus fidélité à partir de la 4ème année	+20 %
Plafond poste prothèses et orthodontie par an / bénéficiaire	2 000 €
Dentaire non remboursé par le Régime obligatoire Y compris forfait implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie plafond poste dentaire non remboursé par an /bénéficiaire	200 €
PROTHESES DIVERSES - APPAREILLAGE	
Prothèses médicales	200 % de la BR
Prothèses capillaires remboursées par le régime obligatoire	250 % de la BR
Appareillage et petit appareillage	200 % de la BR
EQUIPEMENT OPTIQUE** (tous les deux ans)	
Monture forfait ⁽⁷⁾	100 €
Verres simples ⁽⁸⁾	100 €
Verres complexes et très complexes	150 €
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an / bénéficiaire ⁽⁶⁾	200 €
Bonus fidélité* à partir de la 4ème année	+ 20 %
Chirurgie de la myopie (par œil) par an / bénéficiaire	150 €
MATERNITE	
Chambre particulière	45 € par jour
Forfait naissance ou adoption	225 €
CURES THERMALES	
Forfait thermal et forfait surveillance cure	150 % de la BR
Forfait par an / bénéficiaire	200 €
ALLOCATIONS OBSEQUES	
Versement d'une allocation forfaitaire	400 €
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	150 € (forfait global/an/bénéficiaire)

(1) Durée illimitée en hospitalisation chirurgicale et en hospitalisation médicale.

(2) Le forfait journalier n'est pas garanti pour les bénéficiaires relevant du régime local Alsace-Moselle.

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

(4) 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.

(5) Sur le poste prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire après trois ans de garantie dans la même option.

(6) Sur le plafond monture, verres et lentilles après trois ans de garantie dans la même option.

(7) 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

(8) Verres complexes=verres simple foyer dont la sphère est supérieur 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.

*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 et R.871-1 à R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er

**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.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale-Montant remboursé par la Sécurité sociale

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

Les prestations ci-dessous incluent le montant 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 ».

GAMME SERENIUM 250

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 250	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	PRESTATIONS	
	Secteur Conventionné	Secteur non Conventionné
Frais de séjour ⁽³⁾	250 % de la BR	200 % de la BR
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM ⁽¹⁾	250 % de la BR	
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	200 % de la BR	
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et de radiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Chirurgie et anesthésie ⁽³⁾	250 % de la BR	200 % de la BR
Forfait Technique Médical	18 €	18 €
Forfait journalier hospitalier ^{(1) (2)}	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽¹⁾	50 € par jour	
Frais d'accompagnant ⁽¹⁾	50€ par jour	-
Transport de malade	100 % de la BR	100 % de la BR
Hospitalisation à domicile	150 % de la BR	100 % de la BR
Actes d'obstétrique ⁽³⁾	250 % de la BR	250 % de la BR
PHARMACIE		
Médicaments et homéopathie remboursés par l'éligibilité obligatoire	100 % TFR	
FRAIS MEDICAMENTS COURANTS		
	Secteur conventionné ou non conventionné	
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	250 % de la 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	200 % de la BR	
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et de radiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Analyses	150 % de la BR	
Radiographie par un praticien adhérent aux DPTAM secteur 1 ou 2	150 % de la BR	
Radiographie par un praticien n'adhérent pas aux DPTAM secteur 1 ou 2 ou en établissement non conventionné	130 % de la BR	
Auxiliaires médicaux	150 % de la BR	
Actes d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur ou diététicien 2 consultations maximum par an/bénéficiaire : par consultation	28 € (maximum 2 par an/bénéficiaire)	

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 250
DENTAIRE	PRESTATIONS
Dentaire remboursé par le Régime obligatoire	
Soins dentaires	100 % de la BR
Prothèses dentaires et orthodontie	300 % de la BR
Bonus fidélité à partir de la 4ème année ⁽⁵⁾	+20 %
Plafond poste prothèses et orthodontie par an / bénéficiaire	2 500 €
Dentaire non remboursé par le Régime obligatoire Y compris forfait implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie plafond poste dentaire non remboursé par an/bénéficiaire	250 €
PROTHESES DIVERSES - APPAREILLAGE	
Prothèses médicales	250 % de la BR
Prothèses capillaires remboursées par le régime obligatoire	300 % de la BR
Appareillage et petit appareillage	250 % de la BR
EQUIPEMENT OPTIQUE** (tous les deux ans)	
Monture forfait ⁽⁷⁾	125 €
Verres simples ⁽⁷⁾	125 €
Verres complexes et très complexes ⁽⁸⁾	175€
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an / bénéficiaire	250 €
Bonus fidélité* à partir de la 4ème année ⁽⁶⁾	+ 20 %
Chirurgie de la myopie (par œil) par an / bénéficiaire	200 €
MATERNITE	
Chambre particulière	50 € par jour
Forfait naissance ou adoption	250 €
CURES THERMALES	
Forfait thermal et forfait surveillance cure	150 % de la BR
Forfait par an / bénéficiaire	250€
ALLOCATIONS OBSEQUES	
Versement d'une allocation forfaitaire	500 €
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	175 € (forfait global/an/bénéficiaire)

(1) Durée illimitée en hospitalisation chirurgicale et en hospitalisation médicale.

(2) Le forfait journalier n'est pas garanti pour les bénéficiaires relevant du régime local Alsace-Moselle.

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

(4) 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.

(5) Sur le poste prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire après trois ans de garantie dans la même option.

(6) Sur le plafond monture, verres et lentilles après trois ans de garantie dans la même option.

(7) 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

(8) Verres complexes = verres simple foyer dont la sphère est supérieur 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 sphéro-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.

*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 et R.871-1 à R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er

**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.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale-Montant remboursé par la Sécurité sociale

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

Les prestations ci-dessous incluent le montant 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 ».

GAMME SERENIUM 300

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 300	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE	PRESTATIONS	
	Secteur Conventionné	Secteur non Conventionné
Frais de séjour ⁽³⁾	300 % de la BR	
Honoraires Praticien adhérent aux DPTAM ⁽¹⁾	300 % de la BR	
Honoraires Praticien n'adhérent pas aux DPTAM ou en établissement non conventionné ⁽¹⁾	200 % de la BR	
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et de radiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Chirurgie et anesthésie ⁽³⁾	300 % de la BR	300 % de la BR
Forfait Technique Médical	18 €	18 €
Forfait journalier hospitalier ^{(1) (2)}	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽¹⁾	55 € par jour	
Frais d'accompagnant ⁽¹⁾	55€ par jour	-
Transport de malade	100 % de la BR	100 % de la BR
Hospitalisation à domicile	175 % de la BR	100 % de la BR
Actes d'obstétrique ⁽³⁾	300 % de la BR	300 % de la BR
PHARMACIE		
Médicaments et homéopathie remboursés par le régime obligatoire	100 % TFR	
FRAIS MEDICAUXCOURANTS		
	Secteur conventionné ou non conventionné	
Actes médicaux (secteur 1 ou 2) / Praticien adhérent aux DPTAM ⁽³⁾ - Généraliste, consultations et visites - Spécialiste, consultations et visites - Actes médicaux technique	300 % de la 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	200 % de la BR	
Actes réalisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, ou le montant est égal ou supérieur à 120 € (hors actes de biologie et de radiographie)	Forfait de 18 € pris en charge	
Analyses	175 % de la BR	
Radiographie par un praticien adhérent aux DPTAM secteur 1 ou 2	175 % de la BR	
Radiographie par un praticien n'adhérent pas aux DPTAM secteur 1 ou 2 ou en établissement non conventionné	155 % de la BR	
Auxiliaires médicaux	175 % de la BR	
Actes d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur ou diététicien 2 consultations maximum par an/bénéficiaire : par consultation	28 € (maximum 2 par an/bénéficiaire)	

NATURE DES ACTES	Gamme SERENIUM 300
DENTAIRE	PRESTATIONS
Dentaire remboursé par le Régimeobligatoire	
Soins dentaires	100 % de la BR
Prothèses dentaires et orthodontie	400 % de la BR
Bonus fidélité à partir de la 4ème année ⁽⁵⁾	+20 %
Plafond poste prothèses et orthodontie par an / bénéficiaire	3 000 €
Dentaire non remboursé par le Régime obligatoire Y compris forfait implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie plafond poste dentaire non remboursé par an/bénéficiaire	300 €
PROTHESES DIVERSES - APPAREILLAGE	
Prothèses médicales	300 % de la BR
Prothèses capillaires remboursées par le régime obligatoire	400 % de la BR
Appareillage et petit appareillage	300 % de la BR
EQUIPEMENT OPTIQUE** (tous les deux ans)	
Monture forfait ⁽⁷⁾	150 €
Verres simples ⁽⁷⁾	150 €
Verres complexes et très complexes ⁽⁸⁾	200 €
Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité Sociale par an/ bénéficiaire	300 €
Bonus fidélité* à partir de la 4ème année ⁽⁶⁾	+ 20 %
Chirurgie de la myopie (par œil) par an / bénéficiaire	250 €
MATERNITE	
Chambre particulière	55 € par jour
Forfait naissance ou adoption	275 €
CURES THERMALES	
Forfait thermal et forfait surveillance cure	175 % de la BR
Forfait par an / bénéficiaire	300€
ALLOCATIONS OBSEQUES	
Versement d'une allocation forfaitaire	600 €
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	200 € (forfait global/an/bénéficiaire)

(1) Durée illimitée en hospitalisation chirurgicale et en hospitalisation médicale.

(2) Le forfait journalier n'est pas garanti pour les bénéficiaires relevant du régime local Alsace-Moselle.

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

(4) 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.

(5) Sur le poste prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire après trois ans de garantie dans la même option.

(6) Sur le plafond monture, verres et lentilles après trois ans de garantie dans la même option.

(7) 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

(8) Verres complexes=verres simple foyer dont la sphère est supérieur 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 sphéro-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.

*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 et R.871-1 à R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er

**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.

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

BR-MR : Base de remboursement de la Sécurité sociale-Montant remboursé par la Sécurité sociale

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