



3 niveaux de couverture au choix

Les remboursements exprimés intègrent les remboursements du régime obligatoire.*

Ils sont versés selon les modalités définies dans la Notice d'information et dans le respect du cahier des charges du contrat responsable (art. L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

HOSPITALISATION		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Honoraires **				
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux DPTAM	(1)	200 %	250 %	350 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux NON DPTAM		180 %	200 %	200 %
Forfait Journalier Hospitalier				
Forfait journalier hospitalier illimité	(2)	Frais réels		
Autres prestations				
Frais de séjour en établissements conventionnés		Frais réels		
Frais de séjour en établissements non conventionnés		100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (par jour), y compris en ambulatoire	(3)	80 €	95 €	110 €
Confort hospitalier (télévision, téléphone, internet, presse) dans la limite de 30 jours/an/bénéficiaire		7 €/jour		
Frais d'accompagnant (lit et repas (hors cure))		15 €/jour limité à 150 €/an		
Hospitalisation à domicile (HAD)		200 %	250 %	350 %

SOINS COURANTS		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Téléconsultation : consultation de médecine générale par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde		C.G.U. TELECONSULTATION		
Honoraires médicaux				
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes DPTAM		200 %	250 %	350 %
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes non DPTAM		180 %	200 %	200 %
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie DPTAM		100 %	150 %	150 %
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie non DPTAM		100 %	130 %	130 %
Actes techniques médicaux et chirurgicaux DPTAM		100 %	150 %	150 %
Actes techniques médicaux et chirurgicaux non DPTAM		100 %	130 %	130 %
Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue et prises en charge par la Sécurité sociale (jusqu'à 8 séances/an)		100 %	100 %	100 %
Honoraires paramédicaux				
Honoraires auxiliaires médicaux	(4)	100 %	150 %	150 %
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire		100 %	150 %	150 %
Médicaments				
Médicaments remboursés par le RO		100 %	100 %	100 %
Matériel médical				
Prothèses médicales, orthèses, divers (autres que capillaires, mammaires, dentaires et auditives) pris en charge par le RO		150 %	175 %	175 %
Prothèses capillaires - mammaires prises en charge par le RO		100 %	100 %	100 %

TRANSPORT		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Transport sanitaire				
Transport prescrit pour l'hospitalisation ou la médecine de ville		100 %	100 %	100 %

* Avant application contribution forfaitaire de 1 € franchises et pénalités hors parcours de soins (Décret n°2007-1937 du 26/12/2007). Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

** Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique), psychiatrie et SSR. Exclusion en long séjour.

OPTIQUE (5)	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Équipement optique 100% Santé (monture + verres) ♦			
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	Maxi 100 €	Maxi 100 €	Maxi 100 €
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipement optique Panier Libre (monture + verres) ♦			
Une monture de classe B	Maxi 100 €	Maxi 100 €	Maxi 100 €
Monture + 2 Verres Simples (classe B)	160 €	220 €	350 €
Monture + 2 Verres Complexes (classe B)	280 €	350 €	550 €
Monture + 2 Verres Très Complexes (classe B)	350 €	450 €	650 €
Monture + 1 Verre Simple + 1 Verre Complexe (classe B)	220 €	285 €	450 €
Monture + 1 Verre Simple + 1 Verre Très Complexe (classe B)	255 €	335 €	550 €
Monture + 1 Verre Complexe + 1 Verre Très Complexe (classe B)	315 €	400 €	650 €
Prestation d'adaptation de la prescription des verres correcteurs dans le cadre du renouvellement de l'équipement	100 %	100 %	100 %
Autres prestations optiques			
Lentilles prises en charge / ou non par le RO	100% (si pris en charge par le RO) + 80 € / an	100% (si pris en charge par le RO) + 120 € / an	100% (si pris en charge par le RO) + 150 € / an
Chirurgie réfractive de l'œil (opérations de myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie réalisées par laser), implants oculaires et traitement de la DMLA par compléments en Oméga 3 (par œil)	-	200 €/an	400 €/an

ACTES DENTAIRES		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Soins hors 100% Santé				
Soins dentaires		100 %	100 %	100 %
Soins et prothèses 100% Santé ♦				
Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses amovibles et réparations		Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses – Paniers Honoraires Modérés ♦ et Libres				
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés / libres		250 %	300 %	400 %
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés / libres		150 %	200 %	250 %
Plafond dentaire sur les prothèses, en année civile, hors soins et panier 100% Santé, pour la 1ère et 2ème année.	(6)	1 500 €		2 000 €
Plafond dentaire sur les prothèses, en année civile, hors soins et panier 100% Santé, à partir de la 3ème année.		2 000 €		2 500 €
Le plafond s'applique sur les paniers honoraires modérés et libres des garanties du contrat de base, du pack et ne s'applique pas sur les soins et prothèses 100% Santé.				
Autres prestations dentaires				
Orthodontie prise en charge par le RO (par semestre)	(7)	100 %	100 %	100 %
Implantologie et parodontologie non prises en charge par le RO		125 €/an	150 €/an	175 €/an

AIDES AUDITIVES (8)	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Équipements auditifs 100% Santé ♦			
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé (classe I à prise en charge renforcée)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements auditifs - panier honoraires libres ♦			
Aides auditives hors panier de soins 100% Santé (appareil de classe II à prix libres) - dans la limite des plafonds du contrat responsable (par oreille)			
Personne > 20 ans	100 % + 350 €	100 % + 500 €	100 % + 700 €
Personne <= 20 ans ou souffrant de cécité	100 %	100 %	100 %
Consommables et accessoires (piles, embout,...) pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %

BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION

		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Médecine douce				
Médecine douce non remboursée par le RO (praticiens : chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, diététicien, microkinésithérapeute, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue, réflexologue, phytothérapeute, naturopathe, homéopathe, mésothérapeute, hypnotiseur, ergothérapeute), par séance	(9)	25 € (maximum 3 séances par année civile)	30 € (maximum 3 séances par année civile)	40 € (maximum 4 séances par année civile)
Prévention				
Sevrage tabagique : tous les médicaments et produits à base de nicotine prescrits par un médecin, dans un but de sevrage tabagique (avec Autorisation de Mise sur le Marché ou norme Afnor) et non remboursés par le régime obligatoire		50 €/an	50 €/an	50 €/an

CURES THERMALES

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Cures thermales prises en charge par le RO			
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires), frais d'hébergement et de transport	100 %	100 %	100 %

GARANTIES D'ASSISTANCE (10)

Seules les équipes d'AXA Assistance sont habilitées à fixer la durée des prestations.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Aide-ménagère suite à une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 30 heures		
Garde des enfants ou petits-enfants pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 40 heures		
Garde de personne dépendante pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 20 heures		
Garde des enfants malades pendant une immobilisation de plus de 8 jours	Une fois par an dans la limite de 40 heures		
Garde des animaux pendant une hospitalisation de plus de 24 heures	Une fois par an dans la limite de 230 €		
Soutien pédagogique suite à une immobilisation au domicile	Une fois par an dans la limite de 10 heures par semaine pendant 2 mois		
Livraison de repas suite à une hospitalisation de plus de 24 heures ou pendant une immobilisation	Par événement dans la limite d'un repas par jour pendant 7 jours		
Rapatriement médical en cas d'atteinte corporelle grave	En cas de déplacement à plus de 30 km du domicile		
Retour des assurés	Dans le cadre du rapatriement médical de l'Assuré, prise en charge du retour au domicile des autres assurés		

GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ (11)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Informations juridiques	Litiges liés à la vie privée		
Gestion à l'amiable, soutien en cas de procédure juridique et prise en charge des frais de justice	Litiges (dès 300 € hors taxe de montants en jeu) liés à une erreur médicale ou à une atteinte à l'intégrité physique consécutive à une agression ou à un accident imputable à un tiers		

LEXIQUE

RO : Régime Obligatoire - **BR** : Base de Remboursement Régime Obligatoire - **Rbt intégral** : Remboursement intégral - **DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins - **OPTAM / OPTAM - CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique) - **PLV** : Prix Limite de Vente

LÉGENDE

(1) Honoraires médicaux ou chirurgicaux lors d'une hospitalisation : pendant les 30 premiers jours suivant la date de début des garanties, les remboursements sont effectués à hauteur de 100% BR (sauf en cas d'accident ou en cas de reprise à la concurrence : dans ce cas le taux entier est appliqué).

(2) Forfait journalier hospitalier illimité : exclu en établissements EHPAD et MAS.

(3) Chambre particulière limitée à 30 jours en séjour spécialisé (repos, rééducation (y compris les séjours contribuant à la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie), la convalescence, la gériatrie, la neuropsychiatrie, la psychiatrie, la diététique, quel que soit l'établissement ainsi que les séjours en maison d'enfants à caractère sanitaire et social).

(4) Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, etc...

(5) Au 1er janvier 2020, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) sont pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019. Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé** prévu à l'article L.65-1 du Code de la Sécurité sociale),
- par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue. Le point de départ pour le renouvellement est la date du 1er équipement.

**Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie sur chaque œil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre)

Classe A : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30€. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle)

Classe B : correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100€. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds

Verre Simple :

- verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Verre complexe :

- verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure ou égale à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
Verre très complexe :

- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre multifocal ou progressif sphéro cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% Santé et équipements Panier libre, les équipements 100% Santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% Santé par le régime obligatoire et le régime complémentaire. Les forfaits en € intègrent les remboursements du régime obligatoire.

(6) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.

(7) Ce forfait ne peut pas être utilisé pour des soins ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Par ailleurs :

Implantologie : remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien-dentiste détaillant les frais et stipulant effectué en France métropolitaine.

Parodontologie : le poste parodontologie concerne les actes suivants : curetage / surfaçage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire et greffe osseuse à l'exclusion de tout autre acte.

(8) Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier «100% Santé») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 (1 700 € par oreille quel que soit l'âge du bénéficiaire). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.

(9) Justificatif à adresser : l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADEL, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien.

(10) Se reporter aux conditions des garanties Assistance.

(11) Se reporter aux conditions des garanties Protection juridique.

◆ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et plafonds du contrat responsable.

CONTRAT RESPONSABLE 2022 : Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisés ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Depuis le 1^{er} janvier 2022, le forfait patient urgences facturé pour les passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation est pris en charge par la mutuelle. Le ticket modérateur est intégralement pris en charge par la mutuelle selon les conditions du contrat responsable, y compris pour les actes supérieurs à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans). Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : <https://monpsy.sante.gouv.fr/>

LE CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE (non responsable)

La Surcomplémentaire peut être souscrite avec le contrat de base ou en cours de contrat.

Tous les remboursements au titre de la surcomplémentaire interviennent en complément du régime obligatoire français et de la complémentaire **Méana Santé Seniors** de l'assuré, dans les limites du montant des garanties choisies à la souscription de la surcomplémentaire et des frais justifiés réellement engagés.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Hospitalisation **			
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux DPTAM	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux NON DPTAM	+ 120 %	+ 100 %	+ 150 %
Soins courants			
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes DPTAM	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes non DPTAM	+ 120 %	+ 100 %	+ 150 %
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie DPTAM	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Actes de radiologie, d'imagerie et d'échographie non DPTAM	+ 120 %	+ 100 %	+ 150 %
Actes techniques médicaux et chirurgicaux DPTAM	+ 100 %	+ 50 %	Pas de majoration
Actes techniques médicaux et chirurgicaux non DPTAM	+ 120 %	+ 100 %	+ 150 %

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux. Ils intègrent les remboursements du régime obligatoire (les forfaits et les limites exprimés en Euro s'entendent par assuré et par année civile sauf indication spécifique. Les forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre). Seuls les frais, qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie français, sont pris en charge (sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties). Le total des remboursements perçu par l'Assuré ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat. Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.

LES PACKS au choix ou cumulables

Les packs peuvent être souscrits uniquement lors de l'adhésion au contrat de base.

Les prestations des packs sont soumises à un délai d'attente de 3 mois.

PACK ESSENTIEL	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Optique ♦			
Equipelement lunettes prises en charge par le Régime obligatoire	+ 150 €/année de survenance de soins*** (dans la limite des plafonds du contrat responsable)		
Lentilles remboursées et non remboursées par le Régime obligatoire, ou chirurgie réfractive de l'œil	+ 150 €/an		
Dentaire ♦			
Prothèses dentaires remboursées par le Régime obligatoire	+ 250 €/an (pour les prothèses dentaires des paniers modérés et libres)		
Orthodontie remboursée par le Régime obligatoire	+ 500 €/an (pour enfant à charge : enfant de - de 16 ans à la date de l'accord de la Sécurité Sociale et durant la durée du traitement)		
Parodontologie et implantologie non remboursées par le Régime obligatoire	(7)	+ 125 €/an	
Audioprothèse (8)			
Audioprothèse de classe 2	+ 200 € par année de survenance de soins*** (dans la limite des plafonds du contrat responsable)		

*** Par année de survenance des soins = remboursement déclenché à compter de la date des soins uniquement en complément du remboursement effectué par le niveau de base souscrit, selon les limites et sur une période de renouvellement prévue au contrat responsable

PACK BIEN-ÊTRE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Médecine douce			
Médecine douce non remboursée par le RO (praticiens : chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, diététicien, microkinésithérapeute, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue, réflexologue, phytothérapeute, naturopathe, homéopathe, mésothérapeute, hypnotiseur, ergothérapeute)	+ 20 € par séance (nombre de séances maximal selon la garantie de base)		
Cures thermales (en complément de la garantie de base). Le remboursement est conditionné à l'intervention du RO. La thalassothérapie est exclue.	150 €/an		
Médicaments (achetés en pharmacie physique ou en ligne, en France) prescrits non remboursés par le Régime obligatoire	30 €/an		