

JEUNES 18 / 25 ans	Dynamic 2JE1
Assuré / Bénéficiaire	27,39 € Couple
Assuré + 1 enfant	54,79 € Couple + 1 enfant
Assuré + 2 enfants et +	82,17 € Couple + 2 enfants et +

Barème de prestations**JEUNES DYNAMIC**

Prise en charge de la franchise de 24 € pour tout acte supérieur à 120 €

Remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle**PRESTATIONS MEDICALES**

Consultations (1), visites (1) (généraliste, spécialiste, Npsy) OPTAM	100 %
Consultations (1), visites (1) (généraliste, spécialiste, Npsy) NON OPTAM	100 %
Actes de spécialistes (1) (hors hospitalisation) OPTAM	100 %
Actes de spécialistes (1) (hors hospitalisation) NON OPTAM	100 %
Radiologie, Scanner, Echographie OPAM	100 %
Radiologie, Scanner, Echographie NON OPTAM	100 %
Laboratoire et prélèvements	100 %
Auxiliaires Médicaux : Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie	100 %
Pharmacie (vignettes blanches, bleues, et orange)	100 %

OPTIQUE

Monture et Verres de Classe A (100% Santé)		Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé
Forfait Verres et Monture de Classe B		200 €
Lentilles		75 €

APPAREILLAGE

Prothèses auditives Classe I (100% Santé)		Remboursement Intégral à compter de 2021
Orthopédie et autres appareillages		100 %

DENTAIRE

Soins & Prothèses Dentaires (100% Santé)		Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé
Soins Dentaires & Prothèses Dentaires à prix modéré ou à prix libre		100 %
Prothèses dentaires acceptées S.S. ⁽³⁾		250 %
Implants (forfait annuel)		300 €

HOSPITALISATION Médecine, Chirurgie, Convalescence, Psychiatrie

Frais de séjour	100% du BR
Forfait Journalier (tarif en vigueur)	Illimité
Frais de transport (hors cure thermale)	100 %

ACTES DE PRÉVENTION

Détartrage complet (sc12)	100 %
Dépistage de l'Hépatite B	100 %
Vaccinations *	100 %

PRIMES ET FORFAITS

Carte Tiers Payant	OUI
Assistance à domicile, Protection Juridique Santé (soumis à conditions**)	OUI
Prime naissance ⁽⁴⁾	100 €

PACK CONFORT

Vaccin non remboursé ***	11 €/an
Substitut Nicotinique *** ⁽⁵⁾	50 €/an
Pilule contraceptive *** ⁽⁵⁾	50 €/an

PLANCHERS ET PLAFONDS DE PRISE EN CHARGE PAR ÉQUIPEMENT (Verres et Montures)

MINIMUM	MAXIMUM
- 2 verres simples	50 € - 420 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 1 verre simple + 1 verre complexe	125 € - 560 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 1 verre simple + 1 verre très complexe	125 € - 610 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 2 verres complexes	200 € - 700 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 € - 750 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 2 verres très complexes	200 € - 800 € dont 100 € au maximum pour la monture

**JEUNES
ACTIFS**

Tous les pourcentages exprimés au sein du tableau se calculent par référence au tarif de base de remboursement du régime obligatoire (RO) et n'en intègrent pas le remboursement. Les forfaits et plafonds de garantie (hors optique) sont valables par bénéficiaire et par année civile (pas de report d'une année sur l'autre des forfaits ou plafonds non utilisés). Les remboursements sont effectués sans qu'au total l'assuré puisse recevoir une somme supérieure à ses débours réels. Votre contrat tient compte des mesures prévues par l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale, du respect du parcours de soins et de la législation des contrats responsables (article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale complété par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014). Il ne prend pas en charge les participations forfaitaires prévues à l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

(1) Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité (125% pour 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

(2) Pour les seuls bénéficiaires âgés de 16 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement (une monture et deux verres) tous les deux ans, forfait monture et verres de Classe B par bénéficiaire à 200 € sauf modification de la correction visuelle (période de un an). Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de l'achat du dernier équipement optique. Le remboursement de la monture ne peut excéder 100 € (inclus dans les plafonds limites). Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Toute modification du taux de remboursements de la Sécurité sociale sur l'équipement optique est susceptible d'entraîner une modification de la garantie optique afin de respecter les plafonds prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(3) Prothèses dentaires (hors TM) : limite annuelle : 806,25€.

(4) Maternité : montant maximum alloué sur présentation de justificatifs de dépenses liées au séjour en maternité (dépassements d'honoraires péridurale, dépassement chambre particulière, TV...).

(5) forfait annuel et par bénéficiaire, sur présentation du justificatif

TM = Ticket Modérateur (montant restant à la charge de l'assuré après le remboursement RO)

BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

* Vaccinations : diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges), Haemophilus Influenzae B, Infection invasive à pneumocoques.

** Prestations décrites dans le dépliant « Assistance ». Renseignements auprès de nos collaboratrices.

*** Sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.



LA FORMULE JEUNES DYNAMIC présente le meilleur rapport qualité /prix. Elle couvre à 100% tous les frais médicaux (les soins médicaux courants, l'optique, l'hospitalisation et les soins dentaires) et même plus.

VOUS ÊTES SALARIÉ(E) ?

Depuis le **1er janvier 2016** votre entreprise doit obligatoirement vous proposer une couverture santé collective. **N'attendez pas!**

Parrainez votre entreprise et recevez des chèques cadeaux!

Plus d'info sur www.pmif.fr