

Les prestations exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement s'entendent y compris les remboursements du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie. Elles sont servies dans le cadre du parcours de soins coordonné et sont limitées aux frais réellement engagés par l'assuré.	Taux Séc Soc	BASE	OPTION 1
SOINS COURANTS (en secteur conventionné)			
Consultations et Visites de médecins généralistes ou spécialistes (Signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	220%	270%
Consultations et Visites de médecins généralistes ou spécialistes (Non signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	200%	200%
Actes techniques médicaux (ATM) (Signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	220%	270%
Actes techniques médicaux (ATM) (Non signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	200%	200%
Analyses et examens de laboratoire remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100%	100%
Radiologie (Signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	170%	170%
Radiologie (Non signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	150%	150%
Matériel Médical (orthopédie et prothèses diverses, petit appareillage, grand appareillage) remboursé par AMO	60%	100% + 500 € (1)	100% + 600 € (1)
Honoraires paramédicaux : soins et actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste,...)	60%	120%	120%
Médicaments remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	Tous taux	100%	100%
Participation forfaitaire appliquée aux actes dont le tarif est > 120 €	-	FR	FR
Transports remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	65%	100%	100%
HOSPITALISATION (en secteur conventionné)			
Médicale, chirurgicale, frais de séjour, actes	80%/100%	220%	270%
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens (ADC-ADA-ADO-ATM) (Signataires OPTAM-CO) *	80%/100%	220%	270%
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens (ADC-ADA-ADO-ATM) (Non signataires OPTAM-CO) *	80%/100%	200%	200%
Forfait hospitalier	-	100%	100%
Participation forfaitaire appliquée aux actes dont le tarif est > 120 €	-	FR	FR
Accompagnement pour enfant de moins de -16 ans en hôpital chirurgicale et médicale	-	35 € / jour	35 € / jour
Chambre particulière (hors ambulatoire)	-	70 € / jour (10)	80 € / jour (10)
OPTIQUE			
Equipements 100% santé (classe A) (tels que définis réglementairement) :			
• Monture + 2 verres quelle que soit la correction	60%	100% FR (2) (5)	100% FR (2) (5)
• Prestations d'appariage et d'adaptation des verres	60%	100% FR (2) (5)	100% FR (2) (5)
• Supplément pour verres avec filtre	60%	100% FR (2) (5)	100% FR (2) (5)
Equipements hors 100% santé (classe B) :			
• Forfait monture	60%	100 € (2)	100 € (2)
• Forfait verres simples, par verre	60%	95 € / verre (2)	135 € / verre (2)
• Forfait verres complexes, par verre	60%	190 € / verre (2)	235 € / verre (2)
• Forfait verres très complexes, par verre	60%	265 € / verre (2)	310 € / verre (2)
• Autres suppléments pour verres remboursés par AMO	60%	100% BR (2) (5)	100% BR (2) (5)
Prestations d'adaptation des verres classe A et B	60%	100% BR (2) (5)	100% BR (2) (5)
Lentilles correctrices prescrites remboursées ou non par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	160 € (1)	200 € (1)
Forfait chirurgie réfractive non prise en charge par AMO (par œil)	-	1100 € (1)	1250 € (1)
DENTAIRE			
Consultations, soins dentaires, parodontologie et chirurgie dentaire (ADC/ATM) remboursés par le régime obligatoire AMO	70%	100% BR	100% BR
Actes et prothèses dentaires 100% santé (tels que définis réglementairement) :			
• Couronnes et bridges	70%	100% FR (5)	100% FR (5)
• Inlay-Core	70%	100% FR (5)	100% FR (5)
• Prothèses dentaires amovibles	70%	100% FR (5)	100% FR (5)
• Réparations sur prothèses	70%	100% FR (5)	100% FR (5)
Actes et prothèses dentaires hors 100% santé			
• Inlay-Onlay	70%	450%	525%
• Couronnes et bridges	70%	450%	525%
• Inlay-Core	70%	450%	525%
• Prothèses dentaires amovibles	70%	450%	525%
• Réparations sur prothèses	70%	450%	525%
Soins prothétiques et prothèses dentaires pour les actes codés dans la CCAM, parodontologie, orthodontie non remboursée	-	450% BR	525% BR
Implants	-	1200 € / par implant (12)	1250 € / par implant (12)
Parodontologie	-	200 € (1)	300 € (1)
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie sur une base TO90	-	250% BR	400% BR
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	100%	250% BR	350% BR
AIDES AUDITIVES			
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) :			
• Aide auditive par oreille	60%	100% FR	100% FR
Equipements hors 100% santé (classe II) :			
• Aide auditive par oreille	60%	100% BR + 1300 € (5) (6)	100% BR + 1300 € (5) (6)
Piles et accessoires remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100% BR	100% BR
CURES THERMALES			
Honoraires, Soins, Hébergement et Transport	65%/70%	100% BR	100%
Forfait hébergement et transport (par an et par personne)	-	250 €	350 €
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES			
Médecines douces (7)	-	30 € / 4 séances (1)	55 € / 4 séances (1)
Allocation naissance - naissance ou adoption d'un enfant de moins de 16 ans déclaré sur le contrat	-	300 € (1)	400 € (1)
ACTES DE PREVENTION			
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale (liste art. R.871.2 CSS)	-	100%	100%
Densitométrie osseuse remboursée ou non par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	70%	100%	100%
Sevrage tabagique (hors cigarette électronique), moyens contraceptifs, vaccin contre la grippe et non remboursés sur prescription médicale	-	100 € (1)	150 € (1)
<p>(1) Par année civile et par bénéficiaire</p> <p>(2) Adulte : Forfait (ticket modérateur inclus) valable tous les deux ans à compter de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie ou par la Mutuelle à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu réglementairement, notamment en cas d'évolution de la vue avérée.</p> <p>Enfant (- de 16 ans) : forfait (ticket modérateur inclus) annuel à compter de la date d'acquisition de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie ou par la Mutuelle à l'exception des cas pour lesquels aucun délai n'est prévu réglementairement pour le renouvellement des verres, notamment en cas d'évolution de la vue.</p> <p>(3) Excepté établissements médico-sociaux</p> <p>(4) En hospitalisation chirurgicale et médicale (forfait lit et repas)</p> <p>(5) Dans la limite du prix limite de vente ou honoraires limites de facturation</p> <p>(6) Une prise en charge par équipement tous les 4 ans, ce délai s'apprécie à compter de la date de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie ou par la Mutuelle.</p> <p>(7) Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Podologie, Diététique, Psychomotricité, Naturopathie</p> <p>(8) Plafond global annuel et par personne sur les actes "prothèses dentaires fixes et amovibles, bridges, inlay core, réparations"</p> <p>(9) Dans le cadre des contrats responsables, l'obligation de prise en charge intégrale des équipements 100% santé en matière d'aides auditives entre en vigueur le 1er janvier 2021. Avant cette date, la prise en charge des aides auditives s'effectuera à hauteur des prestations prévues pour les équipements hors 100% santé (classe II).</p> <p>(10) Limité à 60 jours par an et par bénéficiaire sauf en psychiatrie, maison de repos, de convalescence, de rééducation, moyen et long séjour limité à 90 jours par an et par bénéficiaire</p> <p>(11) Dont forfait parodontologie limité à 300 € par an et bénéficiaire</p> <p>(12) Limite de 3 implants par an et par bénéficiaire, l'implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne...)</p> <p>FR = Frais Réels BR = Base de remboursement du régime obligatoire de l'Assurance maladie TM = Ticket Modérateur</p> <p>* L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée conclus entre l'Assurance maladie et certains médecins (secteur 1 avec droit permanent à dépassement ou secteur 2) qui s'engagent à pratiquer à l'égard de leurs patients des dépassements d'honoraires modérés. La liste des médecins signataires du OPTAM/OPTAM-CO est consultable sur le site de l'assurance maladie (www.ameli.fr)</p>			
Toutes les prestations sont versées dans la limite des dépenses engagées. Le contrat est responsable selon les décrets n°2014-1374 du 18.11.2014, n°2014-1025 du 8.9.2014, n°2019-21 du 11 janvier 2019.			
Les taux s'entendent sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : taux en vigueur au 1.1.2021			
Pour les actes Hors Parcours de Soins Coordonné, le remboursement Mutuelle demeure inchangé, mais le taux de remboursement de la Sécurité Sociale peut être minoré.			