

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement s'entendent y compris les remboursements du régime obligatoire d'Assurance maladie AMO. Elles sont servies dans le cadre du parcours de soins coordonnés et sont limitées aux frais réellement engagés par l'assuré. Le contrat est responsable (sauf garantie Vanille - contrat non responsable) selon les décrets n°2014-1374 du 18/11/2014, n°2014-1025 du 08/09/2014, n°2019-21 du 11/01/2019. Les taux s'entendent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale : taux en vigueur au 01/01/2021. Pour les actes hors parcours de soins coordonnés, le remboursement de la mutuelle demeure inchangé, mais le taux de remboursement de la Sécurité sociale peut être minoré.

L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée conclus entre l'Assurance maladie et certains médecins et spécialistes (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 praticiens signataires d'OPTAM/OPTAM-CO est consultable sur le site de l'Assurance maladie (www.ameli.fr).

ADA Acte d'anesthésie ACO Acte d'obstétrique FR Frais réels PMSS Plafond mensuel de la Sécurité sociale
ADC Acte de chirurgie ATM Acte technique médical BR Base de remboursement de la Sécurité sociale

COUVERTURE ASSURANCE MALADIE + MUTUELLE

SOINS COURANTS (en secteur conventionné)	taux Sécurité sociale	COUVERTURE ASSURANCE MALADIE + MUTUELLE	
		AMBRE 1	AMBRE 2
Consultations - Visites - ATM (praticiens signataires OPTAM/OPTAM-CO)	70 %	150 %	250 %
Consultations - Visites - ATM (praticiens non-signataires OPTAM/OPTAM-CO)	70 %	130 %	200 %
Consultations - Visites - ATM (praticiens signataires OPTAM/OPTAM-CO)	70 %	200 %	250 %
Consultations - Visites - ATM (praticiens non-signataires OPTAM/OPTAM-CO)	70 %	180 %	200 %
Analyses - Examens de laboratoire remboursés par AMO	60 %	200 %	250 %
Radiologie (praticiens signataires OPTAM/OPTAM-CO)	70 %	150 %	250 %
Radiologie (praticiens non-signataires OPTAM/OPTAM-CO)	70 %	130 %	200 %
Matériel médical (orthopédie, prothèses, appareillages divers...) remboursé par AMO	60 %	150 %	250 %
Honoraires paramédicaux : soins infirmiers-kinésithérapie-orthoptie-orthophonie...	60 %	150 %	250 %
Médicaments remboursés par AMO	tous taux	100 %	100 %
Participation forfaitaire appliquée aux actes dont le tarif est ≥ 120 €	-	100 % FR	100 % FR
Transport remboursé par AMO	65 %	100 %	100 %

H HOSPITALISATION

Médicale, chirurgicale - Frais de séjours et actes	80 % / 100 %	100 %	100 %
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens (ADA-ADC-ACO-ATM) signataires OPTAM/OPTAM-CO	80 % / 100 %	200 %	300 %
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens (ADA-ADC-ACO-ATM) non-signataires OPTAM/OPTAM-CO	80 % / 100 %	180 %	200 %
Forfait hospitalier	-	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire appliquée aux actes dont le tarif est ≥ 120 €	-	100 % FR	100 % FR
Accompagnement jusqu'à 16 ans en hospitalisation chirurgicale et médicale	-	1,5 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour
Chambre particulière (hors ambulatoire)	-	2 % PMSS/jour ⁽⁹⁾	3 % PMSS/jour

OPTIQUE

<i>Équipements 100 % santé (classe A) tels que définis réglementairement</i>			
Monture + 2 verres (quelle que soit la correction)	60 %	100 % FR ^{(2) (5)}	100 % FR ^{(2) (5)}
Prestations d'appairage 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)}
<i>Équipements hors 100 % santé (classe B)</i>			
Forfait monture limité à 100 €	60 %	100 €	100 €
Forfait verres simples, par verre (a)	60 %	Grille optique 1	Grille optique 2
Forfait verres complexes, par verre (c)	60 %	Grille optique 1	Grille optique 2
Forfait verres très complexes, par verre (f)	60 %	Grille optique 1	Grille optique 2
Autres suppléments remboursés ou non remboursés par AMO, par verre	60 %	100 % BR	100 % BR
Prestations d'adaptation des verres (classe A) (classe B)	60 %	100 % BR	100 % BR
Forfait lentilles correctrices remboursé ou non remboursé par AMO	60 %	3 % PMSS	5 % PMSS
Forfait chirurgie réfractive (par œil) non remboursé par AMO	-	15 % PMSS	15 % PMSS

DENTAIRE

Consultation - Soins et actes dentaires (ADC-ATM) remboursés par AMO	70 %	180 %	250 %
<i>Actes et prothèses dentaires 100 % santé, tels que définis réglementairement</i>			
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⁾
<i>Actes et prothèses dentaires hors 100 % santé</i>			
Inlay-Onlay	70 %	250 %	300 %
Couronnes et bridges	70 %	250 %	300 %
Inlay-Core	70 %	250 %	300 %
Prothèses dentaires amovibles	70 %	250 %	300 %
Réparations sur prothèses	70 %	250 %	300 %
Prothèses dentaires non remboursées par AMO	-	150 % BR	250 % BR
Parodontologie	-	100 € ⁽¹⁾	200 € ⁽¹⁾
Implantologie	-	400 € ⁽¹⁾	600 € ⁽¹⁾
Orthodontie remboursée par AMO / semestre	70 % / 100 %	280 %	330 %
Orthodontie non remboursée par AMO (basé sur TO90) / semestre	-	200 %	250 % BR

AIDES AUDITIVES

<i>Équipements 100 % santé, tels que définis réglementairement</i>			
Aide auditive, par oreille	60 %	100 % FR ^{(5) (6)}	100 % FR ^{(5) (6)}
<i>Équipements hors 100 % santé (classe II)</i>			
Aide auditive, par oreille	60 %	200 % BR	250 % BR
Piles et accessoires remboursés par AMO	60 %	200 % BR	250 % BR

CURES THERMALES

Honoraires de surveillance - Soins	65 % / 70 %	10 % PMSS ⁽¹⁾	15 % PMSS ⁽¹⁾
------------------------------------	-------------	--------------------------	--------------------------

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Homéopathie prescrite non remboursée par AMO	-	30 € ⁽¹⁾	30 € ⁽¹⁾
Médecines douces ⁽⁷⁾	-	1,5 % PMSS/séance sur 4 séances ⁽¹⁾	1,5 % PMSS/séance sur 4 séances ⁽¹⁾
Forfait maternité ou adoption déclarée sur le contrat	-	5 % PMSS	15 % PMSS

ACTES DE PRÉVENTION

Ensemble des actes de prévention (liste article R871.2 CSS)	-	100 %	100 %
Pilule non remboursée par AMO	-	-	70 € ⁽¹⁾
Traitement des addictions sur prescription médicale	-	-	50 € ⁽¹⁾

(document non contractuel)

(1) Une fois par an et par bénéficiaire.

(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.

Enfant (moins 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.

(3) Exceptés les établissements médicaux sociaux.

(4) En hospitalisation chirurgicale et médicale (forfait lit et repas).

(5) Dans la limite du prix limite de vente ou honoraires limites de facturation.

(6) Une prise en charge par équipement tous les quatre ans, ce délai s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie ou par la mutuelle.

(7) Acupuncture, chiropractie, diététique, naturopathie, ostéopathie, podologie, psychologie, psychomotricité.

(8) Plafond global annuel et par personne sur les actes « prothèses dentaires fixes et amovibles, bridges, inlay-core, réparations ».

(9) Dont chambre particulière en psychiatrie, maison de repos, de convalescence, de rééducation, moyen et long séjour limité à 30 jours par an.