

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS	
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS		ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)			TOTAL
			Base	Option		
<b>HOSPITALISATION</b>						
<b>Honoraires, actes et soins</b>						
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	55% B.R.	365% B.R.	<b>500% B.R.</b>	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	35% B.R.	85% B.R.	<b>200% B.R.</b>		
<b>Participation du patient</b>	Néant	Frais Réels	-	<b>Frais Réels</b>	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.	
<b>Séjours</b>						
- Frais de séjour	80% B.R.	65% B.R.	355% B.R.	<b>500% B.R.</b>		
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	-	<b>Frais Réels</b>		
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	-	<b>Frais Réels</b>	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation	
- Chambre particulière avec ou sans nuitée (= ambulatoire) en Médecine, Chirurgie, Psychiatrie, Soins Médicaux et de Réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...).	Néant	15 € / jour	55 € / jour	<b>70 € / jour</b>	Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Médecine et Chirurgie. Durée limitée à : - 60 jours par année civile en Psychiatrie. - 90 jours par année civile en soins Médicaux et de réadaptation, maison de repos et convalescence et en maison d'enfants à caractère sanitaire. - 240 jours par année civile en centre agréé de rééducation fonctionnelle.	
- Frais d'accompagnement	Néant	15 € / jour	20 € / jour	<b>35 € / jour</b>	Nuitées, repas pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat Limité à 30 jours par année civile.	
<b>SOINS COURANTS</b>						
<b>Honoraires médicaux</b>						
Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes						
Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	50% B.R.	130% B.R.	<b>250% B.R.</b>		
Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	<b>200% B.R.</b>		
<b>Sages-femmes</b>	60% B.R. ou 70% B.R.	60% B.R. ou 50% B.R.	130% B.R.	<b>250% B.R.</b>		
<b>Honoraires paramédicaux</b>						
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	150% B.R.	<b>250% B.R.</b>		
- Psychologues adhérents au dispositif MonParcoursPsy	60% B.R.	40% B.R.	-	<b>100% B.R.</b>	Dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>						
- Examens de biologie médicale remboursés par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R.	150% B.R.	<b>250% B.R.</b>		
- Examens de biologie médicale non remboursés par l'A.M.O.	Néant	50% Frais Réels	-	<b>50% Frais Réels</b>	Limité à 115 € par année civile et par bénéficiaire.	
<b>Actes d'imagerie</b>						
Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.						
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	150% B.R.	<b>250% B.R.</b>		
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	<b>200% B.R.</b>		
<b>Ostéodensitométrie</b>						
- Ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O.	Néant	50% Frais Réels	-	<b>50% Frais Réels</b>	Limité à 115 € par année civile et par bénéficiaire.	
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>						
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	150% B.R.	<b>250% B.R.</b>	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	<b>200% B.R.</b>		
<b>Actes de télésurveillance médicale</b>	60% B.R.	40% B.R.	-	<b>100% B.R.</b>		
<b>Participation du patient</b>	Néant	Frais Réels	-	<b>Frais Réels</b>	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.	
<b>Médicaments</b>						
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	-	<b>100% B.R.</b>		
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	-	<b>100% B.R.</b>		
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	-	<b>100% B.R.</b>		
<b>Matériel médical</b>						
- Accessoires, appareillages, orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires, optiques, capillaires et mammaires)	60% B.R. ou 100% B.R.	65% B.R. ou 25% B.R.	125% B.R.	<b>250% B.R.</b>		
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	250 €	-	<b>100% B.R. + 250 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.	
<b>Transports</b>						
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	55% B.R.	45% B.R.	-	<b>100% B.R.</b>		

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)		TOTAL	
		Base	Option		
<b>DENTAIRE</b>					
- Soins, actes et consultations	60% B.R.	65% B.R.	150% B.R.	<b>275% B.R.</b>	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	60% B.R. ou 100% B.R.	90% B.R. ou 50% B.R.	175% B.R.	<b>325% B.R.</b>	
<b>Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement)</b>					
<b>Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé.</b>					
<b>Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.</b>					
- Prothèses	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	<b>Frais Réels</b>	
<b>Prothèses hors 100% santé</b>					
<b>Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé</b>					
<b>Panier à honoraires maîtrisés (Actes soumis à des honoraires limités de facturation)</b>					
- Inlays onlays	60% B.R.	170% B.R.	150% B.R.	<b>380% B.R.</b>	
- Prothèses	60% B.R.	190% B.R.	300% B.R.	<b>550% B.R.</b>	
<b>Panier à honoraires libres</b>					
- Inlays onlays	60% B.R.	170% B.R.	150% B.R.	<b>380% B.R.</b>	
- Prothèses	60% B.R.	190% B.R.	300% B.R.	<b>550% B.R.</b>	
<b>Actes non remboursés par l'A.M.O.</b>					
- Implantologie	Néant	300 €	200 €	<b>500 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Parodontologie	Néant	300 €	100 €	<b>400 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Orthodontie	Néant	Néant	400 €	<b>400 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Prothèses	Néant	Néant	400 €	<b>400 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>OPTIQUE</b>					
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale).					
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.					
Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement)					
<b>Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures)</b>					
<b>Classe A</b>					
<b>Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.</b>					
- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	<b>Frais Réels</b>	
- Verres : tous types de correction	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	<b>Frais Réels</b>	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	<b>Frais Réels</b>	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
<b>Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture)</b>					
<b>Classe B - Tarifs libres</b>					
Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins					
- Monture	60% B.R.	70 € moins 60% B.R.	30 €	<b>100 €</b>	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	50 € moins 60% B.R.	50 €	<b>100 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% B.R.	80 € moins 60% B.R.	70 €	<b>150 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% B.R.	110 € moins 60% B.R.	100 €	<b>210 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
<b>Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription</b>	60% B.R.	40% B.R.	-	<b>100% B.R.</b>	
<b>Lentilles</b>					
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R. + 120 €	100 €	<b>100% B.R. + 220 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Sur prescription médicale.
- Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	120 €	100 €	<b>220 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.</b>					
Néant	Néant	205 €	305 €	<b>510 €</b>	Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire.
<b>AIDES AUDITIVES</b>					
<b>Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date</b>					
<b>Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement)</b>					
<b>Classe I - Soumis à des prix limités de vente</b>					
<b>Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.</b>					
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	<b>Frais Réels</b>	Appareillage auditif.
<b>Équipements hors 100% santé Classe II - Tarifs libres</b>					
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	1400 € moins 60% B.R.	280 €	<b>1680 €</b>	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	400 € moins 60% B.R.	1100 €	<b>1500 €</b>	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins.
<b>Accessoires, entretien, piles, réparations</b>	60% B.R.	40% B.R.	50 €	<b>100% B.R. + 50 €</b>	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)		TOTAL	
		Base	Option		
<b>NAISSANCE</b>					
- Allocation naissance	Néant	230 €	300 €	<b>530 €</b>	Versement effectué en intégralité sur présentation de l'acte de naissance sans obligation d'inscription de l'enfant. Ce forfait est versé sur le dossier de la mère ou à défaut du père.
<b>PRÉVENTION, BIEN ÊTRE</b>					
- Actes de prévention	OUI	OUI	-	<b>OUI</b>	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
- Acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étioopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues	Néant	80 €	60 €	<b>140 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELL.
- Psychomotriciens, ergothérapeutes	Néant	35 €	-	<b>35 €</b>	Forfait par séance et par bénéficiaire. <b>Limite à 10 séances par année civile.</b> Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELL.
- Diététiciens, Psychologues	Néant	35 €	-	<b>35 €</b>	Forfait par séance et par bénéficiaire. <b>Limite à 5 séances par année civile.</b> Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELL.
- Pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O.	Néant	60 €	-	<b>60 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O. ( <b>uniquement injections</b> )	Néant	110 €	-	<b>110 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>SERVICES PLUS</b>					
- Accès au Fonds de Solidarité Coiffure Vitalité	Néant	OUI	-	<b>OUI</b>	Se référer au règlement interne de la commission action sociale. Contacter la Mutuelle

A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) A.M.C. : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)  
P.M.S.S. = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif : 3 666 € au 01/01/2023) Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé  
D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser certaines prestations.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.