

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.		Couverture Assurance Maladie + Mutuelle			
	Taux Séc. Soc.	PREAMBULE	PREMIUM	MEDIUM	SUMMUM
SOINS COURANTS (en secteur conventionné)					
Consultations et Visites - Actes techniques médicaux (ATM) de médecins généralistes ou spécialistes (Signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100% BR	100% BR	125% BR	140% BR
Consultations et Visites - Actes techniques médicaux (ATM) de médecins généralistes ou spécialistes (Non signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100% BR	100% BR	105% BR	120% BR
Analyses et examens de laboratoire remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie	70%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel Médical (orthopédie et prothèses diverses, petit appareillage, grand appareillage) remboursé par AMO	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Forfait Matériel médical remboursé par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	75 € (1)	90 € (1)	120 € (1)
• Forfait prothèses capillaires ou mammaires remboursées par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	100 € (1)	120 € (1)	150 € (1)	170 € (1)
Honoraires paramédicaux : soins et actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste,...)	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	15/30/65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Contraception non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	35 € (1)	40 € (1)	45 € (1)
Participation forfaitaire appliquée aux actes dont le tarif est > 120 €	-	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Transports remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
HOSPITALISATION (en secteur conventionné)					
Médicale, chirurgicale, frais de séjour, actes	80%/100%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens (ADC-ADA-ACO-ATM) (Signataires OPTAM-CO) *	80%/100%	100% BR	120% BR	130% BR	140% BR
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens (ADC-ADA-ACO-ATM) (Non signataires OPTAM-CO) *	80%/100%	100% BR	100% BR	110% BR	120% BR
Forfait hospitalier	-	100% FR illim (3)	100% FR illim (3)	100% FR illim (3)	100% FR illim (3)
Participation forfaitaire appliquée aux actes dont le tarif est > 120 €	-	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Accompagnement j usq 16 ans en hospit. chirurgicale et médicale	-	20€/jour - 15 jours/an (4)	20€/jour - 15 jours/an (4)	20€/jour - 15 jours/an (4)	20€/jour - 15 jours/an (4)
Chambre particulière (hors ambulatoire) par nuitée	-	30€/jour - 30 jours/an	45€/jour - 30 jours/an	50€/jour - 60 jours/an (10)	60€/jour - 90 jours/an (10)
OPTIQUE					
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) :					
• Monture + 2 verres quelle que soit la correction	60%	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)
• Prestations d'appareillage des verres de classe A	60%	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)
• Supplément pour verres avec filtre de classe A	60%	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)
Equipements hors 100% santé (classe B) :					
• Forfait monture	60%	50 € (2)	70 € (2)	90 € (2)	90 € (2)
• Forfait verres simples, par verre	60%	15 € (2)	55 € (2)	60 € (2)	90 € (2)
• Forfait verres complexes, par verre	60%	75 € (2)	75 € (2)	85 € (2)	105 € (2)
• Forfait verres très complexes, par verre	60%	80 € (2)	80 € (2)	90 € (2)	120 € (2)
Autres suppléments verres de classe B remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prestation d'adaptation des verres de classe A et B	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles remboursées par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait lentilles correctrices remboursées ou non par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	70 € (1)	80 € (1)	95 € (1)	115 € (1)
Forfait chirurgie réfractive (par oeil)	-	-	205 € (1)	245 € (1)	270 € (1)
DENTAIRE					
Consultations, soins dentaires, parodontologie et chirurgie dentaire (ADC/ATM) remboursés par le régime obligatoire AMO	70%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Soins et prothèses dentaires 100% santé (tels que définis réglementairement) :					
• Couronnes et bridges	70%	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)
• Inlay-Core	70%	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)
• Prothèses dentaires amovibles - applicable au 1.1.2021	70%	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)
• Réparations sur prothèses - applicable au 1.1.2021	70%	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)
Soins et prothèses dentaires hors 100% santé					
• Inlay-Onlay	70%	100% BR (5)	100% BR (5)	100% BR (5)	100% BR (5)
• Couronnes et bridges	70%	200% BR (5)(8)	225% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	300% BR (5)(8)
• Inlay-Core	70%	200% BR (5)(8)	225% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	300% BR (5)(8)
• Prothèses dentaires amovibles	70%	200% BR (5)(8)	225% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	300% BR (5)(8)
• Réparations sur prothèses	70%	200% BR (5)(8)	225% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	300% BR (5)(8)
Plafond de remboursement (Hors TM) (8)(5)	-	500 €	700 €	1 000 €	1 100 €
Implantologie / Parodontologie / Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	150 € (1)	250 € (1)	300 € (1)
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	70%/100%	150% BR	225% BR	250% BR	300% BR
AIDES AUDITIVES (9)					
Equipements hors 100% santé (classe II) :					
• Aide auditive par oreille	60%	100% BR (5)(6)	100% BR + 155 € (5)(6)	100% BR + 230 € (5)(6)	100% BR + 305 € (5)(6)
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) - applicable au 1.1.2021 :					
• Aide auditive par oreille	60%	100% FR (5)(6)	100% FR (5)(6)	100% FR (5)(6)	100% FR (5)(6)
Piles et accessoires remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
CURES THERMALES					
Honoraires et Soins	65%/70%	-	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait honoraires et soins - hébergement et transport	-	-	90 € (1)	120 € (1)	230 € (1)
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES					
Forfait naissance (si enfant inscrit)	-	-	100 €	130 €	155 €
Fécondation In Vitro non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	30 € (1)	30 € (1)	45 € (1)
Amniocentèse non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	30 € (1)	30 € (1)	45 € (1)
Péridurale non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	30 € (1)	30 € (1)	45 € (1)
Médecines douces (7)	-	15 € - 3 fois (1)	20 € - 3 fois (1)	30 € - 3 fois (1)	40 € - 3 fois (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) + antigrippe	-	100%BR	100%BR	100%BR	100%BR
Vaccins non remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	20 € (1)	50 € (1)	50 € (1)	50 € (1)
Densitométrie osseuse remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	70%	100%BR + 35 € (1)	100%BR + 35 € (1)	100%BR + 35 € (1)	100%BR + 35 € (1)
Densitométrie osseuse non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	35 € (1)	35 € (1)	35 € (1)	35 € (1)
Sevrage tabagique (hors cigarette électronique) sur prescription médicale	-	-	70 € (1)	80 € (1)	90 € (1)

(1) Par année civile et par bénéficiaire
(2) Adulte : Forfait (part RO + 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 adulte.
Enfant (- de 16 ans) : forfait (part RO + ticket modérateur inclus) annuel 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 aucun délai n'est fixé réglementairement pour le renouvellement des verres, notamment en cas d'évolution de la vue.
(3) Excepté établissements médico-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 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 obligatoire ou par la Mutuelle.
(7) Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Podologie, Diététique, Psychomotricité, Naturopathie
(8) Plafond global annuel et par personne sur les actes "prothèses dentaires fixes et amovibles, bridges, inlay core, réparations"
(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).
(10) Excepté en psychiatrie, maison de repos, de convalescence, de rééducation, moyen et long séjour : 30 jours par an
FR = Frais Réels BR = Base de remboursement du régime obligatoire de l'Assurance Maladie AMO = Assurance Maladie Obligatoire TM = Ticket Modérateur RO = Régime Obligatoire d'Assurance Maladie
* 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 déplacement 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)
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 6.9.2014, n°2019-21 du 11 janvier 2019.
Les taux s'entendent sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : tous en vigueur au 1.1.2020.
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 - Document non contractuel