

Prestations maximum **y compris remboursement de la Sécurité sociale**

Pour les actes réalisés hors du parcours de soins, la participation de la mutuelle se limite au remboursement du ticket modérateur

NATURE DES ACTES <sup>(1)</sup>	REGIME DE BASE	REGIME AMELIORE
<b>HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE de plus d'une journée</b>		
Séjour en secteur conventionné	300% BR	300% BR
Séjour en secteur non conventionné	75% FR maxi 250% BR	75% FR maxi 300% BR
Actes chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), autres honoraires secteur conventionné	Praticiens DPTM : 300% BR Autres Praticiens : 200% BR	Praticiens DPTM : 300% BR Autres Praticiens : 200% BR
Actes chirurgie (ADC), anesthésie (ADA), autres honoraires secteur non conventionné	75% FR maxi 200% BR	75% FR maxi 200% BR
Forfait journalier hospitalier ( <i>sans limitation de durée</i> )	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur
Forfait Patient Urgences (FPU)	100% FR	100% FR
Chambre particulière secteur conventionné	45€ par jour	45€ par jour
Chambre particulière secteur non conventionné	30€ par jour	30€ par jour
Frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire aux actes lourds (dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou coef supérieur ou égal à 60)	100% FR	100% FR
<b>FRAIS DE TRANSPORT EN AMBULANCE ACCEPTEES SS</b>	200% BR	400% BR
<b>SEJOURS DIVERS (maison de repos, sanatorium, préventorium, aérium, centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle)</b>		
Secteur conventionné	300% BR	300% BR
Secteur non conventionné	75% FR maxi 250% BR	75% FR maxi 300% BR
<b>ACTES MEDICAUX</b>		
Généralistes, Spécialistes secteur conventionné	Praticiens DPTM : 150% BR Autres Praticiens : 130% BR	Praticiens DPTM : 320% BR Autres Praticiens : 200% BR
Généralistes, Spécialistes secteur non conventionné	135% BR	160% BR
Auxiliaires médicaux (dont psychologues remboursés SS "Mon Psy")	100% BR	100% FR
Analyses	100% BR	100% BR
Actes chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) secteur conventionné	Praticiens DPTM : 190% BR Autres Praticiens : 170% BR	Praticiens DPTM : 470% BR Autres Praticiens : 200% BR
Actes chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE) secteur non conventionné	135% BR	160% BR
Participation forfaitaire aux actes lourds (dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou coef supérieur ou égal à 60)	100% FR	100% FR
<b>ACTES DE PREVENTION REMBOURSES SS</b>		
Actes de prévention définis par la réglementation	100% BR	100% BR
<b>PHARMACIE ACCEPTEE SECURITE SOCIALE</b>		
	100% BR	100% BR
<b>DENTAIRE</b>		
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention (y compris parodontose acceptée SS)	100% BR	100% BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale du <b>Panier 100% Santé</b>	Pris en charge à 100% dans la limite des HLF	Pris en charge à 100% dans la limite des HLF
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale du <b>Panier Maîtrisé</b>	Inlay / Onlay : 125% BR dans la limite des HLF Autres prothèses dentaires : 300% BR dans la limite des HLF	Inlay / Onlay : 125% BR dans la limite des HLF Autres prothèses dentaires : 400% BR dans la limite des HLF
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale du <b>Panier Libre</b>	Inlay / Onlay : 125% BR Autres prothèses dentaires : 300% BR	Inlay / Onlay : 125% BR Autres prothèses dentaires : 400% BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale ( <i>pour les actes codés dans la CCAM et ayant une base de remboursement SS</i> )	300% BR (restituée)	300% BR (restituée)
Orthodontie acceptée par la SS (moins de 16 ans)	450% BR	450% BR
Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale	Néant	350% BR (restituée)
<b>PROTHESES NON DENTAIRES ACCEPTEES SECURITE SOCIALE</b>		
Prothèses auditives (renouvellement tous les 4 ans) Limitation du remboursement à 1700 € y.c. Sécurité Sociale	<b>Panier 100 % santé</b> 100 % Frais réels, dans la limite des PLV	<b>Panier 100 % santé</b> 100 % Frais réels, dans la limite des PLV
	<b>Panier libre</b> 260 % BR	<b>Panier libre</b> 300 % BR
Piles, et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale ( <i>Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets, fixé par l'arrêté du 14.11.2018</i> )	100% BR	100% BR
Orthopédie et autres prothèses (dont télésurveillance)	300% BR	500% BR
<b>OPTIQUE</b>		
Forfait Verres / Monture du Panier 100% Santé <sup>(2)</sup>	Pris en charge à 100% dans la limite des PLV	Pris en charge à 100% dans la limite des PLV
Forfait Verres / Monture du Panier libre <sup>(2)</sup>	Monture : 75€ Verres : cf. grille optique	Monture : 100€ Verres : cf. grille optique
Lentilles (par paire) acceptées par la Sécurité Sociale	100% BR + Crédit de 6% PMSS / an / bénéficiaire	100% BR + Crédit de 12% PMSS / an / bénéficiaire
Lentilles (par paire) refusées par la SS ou jetables	Crédit de 6% PMSS / an / bénéficiaire	Crédit de 12% PMSS / an / bénéficiaire
<b>CURE THERMALE</b> acceptée par la Sécurité Sociale, frais de traitement et honoraires, frais de voyage et d'hébergement (forfait)	RSS + Forfait de 10% PMSS / bénéficiaire	RSS + Forfait de 20% PMSS / bénéficiaire

Prestations maximum **y compris remboursement de la Sécurité sociale**

MATERNITE / ADOPTION		
Forfait par enfant déclaré	Forfait de 10% PMSS	Forfait de 20% PMSS
<b>ACTES HORS NOMENCLATURE<sup>(3)</sup></b>		
Acupuncture, chiropractie, ostéopathe, diététicien, psychologue pédicure podologue	25€ / séance limité à 5 séances au total / an / bénéficiaire	25€ / séance limité à 5 séances au total / an / bénéficiaire
<b>TELECONSULTATION</b>		
« Médecin direct »	OUI	OUI
<b>SERVICE DEUXIEME AVIS MEDICAL</b>	Un service en cas de problème de santé grave, rare ou invalidante. L'avis d'un médecin expert, en ligne, en moins de 7 jours. Rendez-vous sur <a href="http://deuxiemeavis.fr">deuxiemeavis.fr</a>	

FR = frais réels. RSS = remboursement Sécurité sociale. Ticket Modérateur (TM) = différence entre 100% du tarif SS et le remboursement SS. BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

HLF = Honoraire Limite de facturation. PLV = Prix Limite de Vente. PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale.

DPTM = Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (regroupant l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO))

CCAM = Classification commune des actes médicaux

(1) En secteur non conventionné, la BR correspond à la base du tarif d'autorité.

(2) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, ...). Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

(3) Si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée.

## Grille Optique (\*)

Garantie par verre	REGIME DE BASE	REGIME AMELIORE
<b>VERRES SIMPLE FOYER, SPHERIQUE</b>	Monture : 75 €	Monture : 100 €
Sphère de -6 à +6 (**)	80 € / verre soit 235 € / équipement	160 € / verre soit 420 € / équipement
Sphère < -6 ou > +6	97 € / verre soit 269 € / équipement	193 € / verre soit 486 € / équipement
<b>VERRES SIMPLE FOYER, SPHERO-CYLINDRIQUES</b>		
Sphère de -6 à 0 et cylindre ≤ +4	80 € / verre soit 235 € / équipement	160 € / verre soit 420 € / équipement
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6		
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	97 € / verre soit 269 € / équipement	193 € / verre soit 486 € / équipement
Sphère < -6, cylindre ≥ +0.25		
Sphère de -6 à 0 et cylindre > +4		
<b>VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERIQUES</b>		
Sphère de -4 à +4	97 € / verre soit 269 € / équipement	193 € / verre soit 486 € / équipement
Sphère < -4 ou > +4		
<b>VERRES MULTI-FOCAUX OU PROGRESSIFS SPHERO-CYLINDRIQUES</b>		
Sphère de -8 à 0 et cylindre ≤ +4		
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	97 € / verre soit 269 € / équipement	193 € / verre soit 486 € / équipement
Sphère de -8 à 0 et cylindre > +4		
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8		
Sphère < -8, cylindre ≥ +0.25		

(\*) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, ...). Pour l'appréciation de la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition d'un équipement optique (ou du premier élément de l'équipement dans l'hypothèse d'un remboursement demandé en deux temps).

(\*\*) Le verre neutre est compris dans cette classe