

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

SOINS COURANTS	
Honoraires des généralistes et spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	120 %
Honoraires des généralistes et spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	100 %
Actes techniques médicaux et de chirurgie (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	100 %
Actes techniques médicaux et de chirurgie (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	100 %
Sages-femmes ⁽¹⁾	120 %
Honoraires paramédicaux ⁽¹⁾	100 %
Médicaments ⁽¹⁾	100 %
Matériel médical : orthopédie, accessoires, appareillages ⁽¹⁾	125 %
Matériel médical : prothèses capillaires et implants mammaires ⁽¹⁾	100 % + forfait de 250 €/an
Analyses et examens de biologie remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 %
Analyses et examens de biologie non remboursés par la Sécurité sociale	50 % des frais réels dans la limite de 115 €/an
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	100 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	100 %
Transport prescrit ⁽¹⁾	100 %

HOSPITALISATION	
Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	135 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	115 %
Forfait hospitalier ⁽³⁾	Frais réels
Forfait patient urgence ⁽⁸⁾	Pas de reste à charge
Frais de séjour en établissement conventionné	145 %
Frais de séjour en établissement non conventionné	145 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière avec ou sans nuitée ⁽⁴⁾	15 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat) avec nuitée ⁽⁵⁾	-
Lit accompagnant	15 € par nuit

PACK PRÉVENTION – BIEN ETRE ⁽⁶⁾	
Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %
Acte d'ostéodensitométrie non remboursé par la Sécurité sociale	50 % des frais réels par acte dans la limite de 115 €/an
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (uniquement par injections)	Forfait de 110 €/an
Pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Forfait de 60 €/an
Médecines douces : acupuncture, auriculothérapie, biokinergie, chiropractie, étiopathie, hypnose médicale, Kiné méthode Mézières, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologie, sophrologie (praticiens recensés au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	Forfait de 80 €/an
Psychomotricien, ergothérapeute (praticiens recensés au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 €/séance dans la limite de 10 séances par an
Psychologues (praticiens recensés au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 €/séance dans la limite de 5 séances par an
Diététiciens (praticiens recensés au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 €/séance dans la limite de 5 séances par an

AUDIOLOGIE ⁽⁶⁾ : le renouvellement est possible tous les 4 ans et tient compte de l'antériorité sur les 4 dernières années.	Panier 100% santé*	Panier libre
Prothèses auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 %
Prothèses auditives plus de 20 ans ⁽¹⁾		100 %
Consommables, piles ou accessoires ⁽¹⁾	100 %	

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

OPTIQUE ⁽⁶⁾ : A compter de la date d'acquisition : pour personne de 16 ans et plus renouvellement tous les 2 ans (sauf si changement de correction : renouvellement possible annuellement), pour les enfants de moins de 16 ans renouvellement annuel, pour les enfants de moins de 6 ans renouvellement semestriel. Renouvellement anticipé possible en cas de situation médicale particulière. Les montants exprimés incluent le remboursement de la Sécurité sociale

	Panier 100% santé * : classe A	Panier libre : classe B
Monture ⁽¹⁾		100 €
Verre simple ^{(1) (7)}		100 % + 80 €/verre
Verre complexe ^{(1) (7)}		100 % + 80 €/verre
Verre très complexe ^{(1) (7)}		100 % + 80 €/verre
Adaptation de la correction visuelle ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 %
Appairage de verres d'indice de réfraction différents ⁽¹⁾		Non remboursable
Supplément pour verres avec filtre ⁽¹⁾		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) ⁽¹⁾	100 %	100 %
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % ⁽²⁾ + forfait de 120 €/an	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Forfait de 120 €/an	
Chirurgie réfractive	205 €/œil/an	

DENTAIRE

Soins dentaires ⁽¹⁾	125 %		
Inlay-Onlay ⁽¹⁾	270 %		
		Panier maîtrisé	Panier libre
Prothèses dentaires ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	270 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	270 %
Inlay core avec ou sans clavette ⁽¹⁾		270 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	270 %
Bridge ⁽¹⁾		270 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	270 %
Prothèses dentaires amovibles et réparation ⁽¹⁾		270 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	270 %
Orthodontie ⁽¹⁾ (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)	175 %		
Parodontologie	Forfait de 400 €/an		
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	-		
Implantologie	Forfait de 400 €/an		

NAISSANCE ⁽⁹⁾

Allocation naissance	230 €
----------------------	-------

A législation constante : Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou de réajuster la part mutuelle si la part Assurance Maladie obligatoire venait à être modifiée. Notre formule est solidaire et responsable. Les garanties s'appliquent dans le respect du parcours de soins et dans les conditions prévues au règlement mutualiste. Les remboursements des garanties en % sont calculés à partir des tarifs fixés par la Sécurité sociale. Ces tarifs peuvent varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. Les garanties en % incluent le remboursement de la Sécurité sociale et celui de la mutuelle dans la limite des frais engagés. Les garanties en euros sont des forfaits par année civile et par personne protégée (sauf indication contraire), ils intègrent le ticket modérateur. Nos prestations sont délivrées dans la limite des frais réels et des tarifs plafonds des régimes obligatoires.

BRSS : Base de Remboursement Reconstituée Sécurité sociale. - DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée proposé aux médecins (Optam, Optam-co). Le site annuaire.santé.ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un des dispositifs. - OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. - OPTAM-CO = option pratique tarifaire maîtrisée des spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. - Honoraires Limite de Facturation = Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». - Panier 100% santé* : *Tels que définis réglementairement et visés aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier 100% santé, les remboursements se feront selon le niveau de garantie exprimé dans le panier maîtrisé ou libre - Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social.

(1) Accepté par la Sécurité sociale. (2) Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle des praticiens conventionnés. (3) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les MAS (maisons d'accueil spécialisées). (4) En services de : médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation...) dans la limite des tarifs signés par convention. Durée de prise en charge illimitée en médecine, chirurgie ; durée de prise en charge limitée à 60 jours/an en psychiatrie, à 90 jours/an en soins de suite et réadaptation, en maison de repos et convalescence et maison d'enfants à caractère sanitaire et à 240 jours/an en centre agréé de rééducation fonctionnelle. (5) nuitée, repas pour un accompagnant d'un enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat dans la limite de 30 jours/an. (6) Se référer au règlement mutualiste. (7) Tel que défini par la législation en vigueur. (8) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. (9) 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.

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

SOINS COURANTS	
Honoraires des généralistes et spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	140 %
Honoraires des généralistes et spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	115 %
Actes techniques médicaux et de chirurgie (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	135 %
Actes techniques médicaux et de chirurgie (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	115 %
Sages-femmes ⁽¹⁾	140 %
Honoraires paramédicaux ⁽¹⁾	125 %
Médicaments ⁽¹⁾	100 %
Matériel médical : orthopédie, accessoires, appareillages ⁽¹⁾	150 %
Matériel médical : prothèses capillaires et implants mammaires ⁽¹⁾	100 % + forfait de 250 €/an
Analyses et examens de biologie remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	125 %
Analyses et examens de biologie non remboursés par la Sécurité sociale	50 % des frais réels dans la limite de 115 €/an
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	135 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	115 %
Transport prescrit ⁽¹⁾	100 %

HOSPITALISATION	
Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	170 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	130 %
Forfait hospitalier ⁽³⁾	Frais réels
Forfait patient urgence ⁽⁸⁾	Pas de reste à charge
Frais de séjour en établissement conventionné	170 %
Frais de séjour en établissement non conventionné	170 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière avec ou sans nuitée ⁽⁴⁾	70 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat) avec nuitée ⁽⁵⁾	35 € par jour
Lit accompagnant	25 € par nuit

PACK PRÉVENTION – BIEN ETRE ⁽⁶⁾	
Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %
Acte d'ostéodensitométrie non remboursé par la Sécurité sociale	50 % des frais réels par acte dans la limite de 115 €/an
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (uniquement par injections)	Forfait de 110 €/an
Pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Forfait de 60 €/an
Médecines douces : acupuncture, auriculothérapie, biokinergie, chiropractie, étiopathie, hypnose médicale, Kiné méthode Mézières, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologie, sophrologie (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	Forfait de 120 €/an
Psychomotricien, ergothérapeute (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 €/séance dans la limite de 10 séances par an
Psychologues (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 €/séance dans la limite de 5 séances par an
Diététiciens (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 €/séance dans la limite de 5 séances par an

AUDIOLOGIE ⁽⁶⁾ : le renouvellement est possible tous les 4 ans et tient compte de l'antériorité sur les 4 dernières années.	Panier 100% santé*	
	Panier libre	
Prothèses auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	120 % dans la limite du plafond de 1700 €
Prothèses auditives plus de 20 ans ⁽¹⁾		125 % dans la limite du plafond de 1700 €
Consommables, piles ou accessoires ⁽¹⁾	100 %	

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

OPTIQUE ⁽⁶⁾ : A compter de la date d'acquisition : pour personne de 16 ans et plus renouvellement tous les 2 ans (sauf si changement de correction : renouvellement possible annuellement), pour les enfants de moins de 16 ans renouvellement annuel, pour les enfants de moins de 6 ans renouvellement semestriel. Renouvellement anticipé possible en cas de situation médicale particulière.
Les montants exprimés incluent le remboursement de la Sécurité sociale

	Panier 100% santé * : classe A	Panier libre : classe B
Monture ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 €
Verre simple ^{(1) (7)}		100 % + 99 €/verre
Verre complexe ^{(1) (7)}		100 % + 99 €/verre
Verre très complexe ^{(1) (7)}		100 % + 99 €/verre
Adaptation de la correction visuelle ⁽¹⁾		100 %
Appairage de verres d'indice de réfraction différents ⁽¹⁾		Non remboursable
Supplément pour verres avec filtre ⁽¹⁾		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) ⁽¹⁾	100 %	100 %
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % ⁽²⁾ + forfait de 140 €/an	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Forfait de 140 €/an	
Chirurgie réfractive	270 €/œil/an	

DENTAIRE

Soins dentaires ⁽¹⁾	150 %		
Inlay-Onlay ⁽¹⁾	320 %		
		Panier maîtrisé	Panier libre
Prothèses dentaires ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	370 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	370 %
Inlay core avec ou sans clavette ⁽¹⁾		370 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	370 %
Bridge ⁽¹⁾		370 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	370 %
Prothèses dentaires amovibles et réparation ⁽¹⁾		370 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	370 %
Orthodontie ⁽¹⁾ (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)	225 %		
Parodontologie	Forfait de 400 €/an		
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	150 % BRR		
Implantologie	Forfait de 425 €/an		

NAISSANCE ⁽⁹⁾

Allocation naissance	335 €
----------------------	-------

A législation constante : Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou de réajuster la part mutuelle si la part Assurance Maladie obligatoire venait à être modifiée. Notre formule est solidaire et responsable. Les garanties s'appliquent dans le respect du parcours de soins et dans les conditions prévues au règlement mutualiste. Les remboursements des garanties en % sont calculés à partir des tarifs fixés par la Sécurité sociale. Ces tarifs peuvent varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. Les garanties en % incluent le remboursement de la Sécurité sociale et celui de la mutuelle dans la limite des frais engagés. Les garanties en euros sont des forfaits par année civile et par personne protégée (sauf indication contraire), ils intègrent le ticket modérateur. Nos prestations sont délivrées dans la limite des frais réels et des tarifs plafonds des régimes obligatoires.

BRSS : Base de Remboursement Reconstituée Sécurité sociale. - DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée proposé aux médecins (Optam, Optam-co). Le site annuaire.santé.ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un des dispositifs. - OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. - OPTAM-CO = option pratique tarifaire maîtrisée des spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. - Honoraires Limite de Facturation = Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». - Panier 100% santé* : *Tels que définis réglementairement et visés aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier 100% santé, les remboursements se feront selon le niveau de garantie exprimé dans le panier maîtrisé ou libre - Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. BRR : Base de Remboursement Sécurité sociale Reconstituée.

(1) Accepté par la Sécurité sociale. (2) Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle des praticiens conventionnés. (3) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les MAS (maisons d'accueil spécialisées). (4) En services de : médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation...) dans la limite des tarifs signés par convention. Durée de prise en charge illimitée en médecine, chirurgie ; durée de prise en charge limitée à 60 jours/an en psychiatrie, à 90 jours/an en soins de suite et réadaptation, en maison de repos et convalescence et maison d'enfants à caractère sanitaire et à 240 jours/an en centre agréé de rééducation fonctionnelle. (5) nuitée, repas pour un accompagnant d'un enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat dans la limite de 30 jours/an. (6) Se référer au règlement mutualiste. (7) Tel que défini par la législation en vigueur. (8) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. (9) 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.

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

SOINS COURANTS	
Honoraires des généralistes et spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	190 %
Honoraires des généralistes et spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	165 %
Actes techniques médicaux et de chirurgie (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	185 %
Actes techniques médicaux et de chirurgie (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	165 %
Sages-femmes ⁽¹⁾	190 %
Honoraires paramédicaux ⁽¹⁾	175 %
Médicaments ⁽¹⁾	100 %
Matériel médical : orthopédie, accessoires, appareillages ⁽¹⁾	175 %
Matériel médical : prothèses capillaires et implants mammaires ⁽¹⁾	100 % + forfait de 250 €/an
Analyses et examens de biologie remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	175 %
Analyses et examens de biologie non remboursés par la Sécurité sociale	50 % des frais réels dans la limite de 115 €/an
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	185 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	165 %
Transport prescrit ⁽¹⁾	100 %

HOSPITALISATION	
Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	220 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	180 %
Forfait hospitalier ⁽³⁾	Frais réels
Forfait patient urgence ⁽⁸⁾	Pas de reste à charge
Frais de séjour en établissement conventionné	220 %
Frais de séjour en établissement non conventionné	220 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière avec ou sans nuitée ⁽⁴⁾	70 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat) avec nuitée ⁽⁵⁾	35 € par jour
Lit accompagnant	30 € par nuit

PACK PRÉVENTION – BIEN ETRE ⁽⁶⁾	
Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %
Acte d'ostéodensitométrie non remboursé par la Sécurité sociale	50 % des frais réels par acte dans la limite de 115 €/an
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (uniquement par injections)	Forfait de 110 €/an
Pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Forfait de 60 €/an
Médecines douces : acupuncture, auriculothérapie, biokinergie, chiropractie, étiopathie, hypnose médicale, Kiné méthode Mézières, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologie, sophrologie (praticiens recensés au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	Forfait de 120 €/an
Psychomotricien, ergothérapeute (praticiens recensés au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 €/séance dans la limite de 10 séances par an
Psychologues (praticiens recensés au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 €/séance dans la limite de 5 séances par an
Diététiciens (praticiens recensés au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)	35 €/séance dans la limite de 5 séances par an

AUDIOLOGIE ⁽⁶⁾ : le renouvellement est possible tous les 4 ans et tient compte de l'antériorité sur les 4 dernières années.	Panier 100% santé*	Panier libre
Prothèses auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	120 %
Prothèses auditives plus de 20 ans ⁽¹⁾		dans la limite du plafond de 1700 €
Prothèses auditives plus de 20 ans ⁽¹⁾		175 %
Consommables, piles ou accessoires ⁽¹⁾		dans la limite du plafond de 1700 €
		100 %

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

OPTIQUE ⁽⁶⁾ : A compter de la date d'acquisition : pour personne de 16 ans et plus renouvellement tous les 2 ans (sauf si changement de correction : renouvellement possible annuellement), pour les enfants de moins de 16 ans renouvellement annuel, pour les enfants de moins de 6 ans renouvellement semestriel. Renouvellement anticipé possible en cas de situation médicale particulière.

Les montants exprimés incluent le remboursement de la Sécurité sociale

	Panier 100% santé * : classe A	Panier libre : classe B
Monture ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 €
Verre simple ^{(1) (7)}		100 % + 110 €/verre
Verre complexe ^{(1) (7)}		100 % + 110 €/verre
Verre très complexe ^{(1) (7)}		100 % + 110 €/verre
Adaptation de la correction visuelle ⁽¹⁾		100 %
Appairage de verres d'indice de réfraction différents ⁽¹⁾		Non remboursable
Supplément pour verres avec filtre ⁽¹⁾		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) ⁽¹⁾	100 %	100 %
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % ⁽²⁾ + forfait de 160 €/an	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Forfait de 160 €/an	
Chirurgie réfractive	340 €/œil/an	

DENTAIRE

Soins dentaires ⁽¹⁾	200 %		
Inlay-Onlay ⁽¹⁾	370 %		
		Panier maîtrisé	Panier libre
Prothèses dentaires ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	470 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	470 %
Inlay core avec ou sans clavette ⁽¹⁾		470 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	470 %
Bridge ⁽¹⁾		470 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	470 %
Prothèses dentaires amovibles et réparation ⁽¹⁾		470 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	470 %
Orthodontie ⁽¹⁾ (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)	275 %		
Parodontologie	Forfait de 400 €/an		
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	200 % BRR		
Implantologie	Forfait de 450 €/an		

NAISSANCE ⁽⁹⁾

Allocation naissance	430 €
----------------------	-------

A législation constante : Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou de réajuster la part mutuelle si la part Assurance Maladie obligatoire venait à être modifiée. Notre formule est solidaire et responsable. Les garanties s'appliquent dans le respect du parcours de soins et dans les conditions prévues au règlement mutualiste. Les remboursements des garanties en % sont calculés à partir des tarifs fixés par la Sécurité sociale. Ces tarifs peuvent varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. Les garanties en % incluent le remboursement de la Sécurité sociale et celui de la mutuelle dans la limite des frais engagés. Les garanties en euros sont des forfaits par année civile et par personne protégée (sauf indication contraire), ils intègrent le ticket modérateur. Nos prestations sont délivrées dans la limite des frais réels et des tarifs plafonds des régimes obligatoires.

BRSS : Base de Remboursement Reconstituée Sécurité sociale. - DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée proposé aux médecins (Optam, Optam-co). Le site annuaire.santé.ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un des dispositifs. - OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. - OPTAM-CO = option pratique tarifaire maîtrisée des spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. - Honoraires Limite de Facturation = Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». - Panier 100% santé* : *Tels que définis réglementairement et visés aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier 100% santé, les remboursements se feront selon le niveau de garantie exprimé dans le panier maîtrisé ou libre - Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. BRR : Base de Remboursement Sécurité sociale Reconstituée.

(1) Accepté par la Sécurité sociale. (2) Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle des praticiens conventionnés. (3) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les MAS (maisons d'accueil spécialisées). (4) En services de : médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation...) dans la limite des tarifs signés par convention. Durée de prise en charge illimitée en médecine, chirurgie ; durée de prise en charge limitée à 60 jours/an en psychiatrie, à 90 jours/an en soins de suite et réadaptation, en maison de repos et convalescence et maison d'enfants à caractère sanitaire et à 240 jours/an en centre agréé de rééducation fonctionnelle. (5) nuitée, repas pour un accompagnant d'un enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat dans la limite de 30 jours/an. (6) Se référer au règlement mutualiste. (7) Tel que défini par la législation en vigueur. (8) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. (9) 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.

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

SOINS COURANTS		
Honoraires des généralistes et spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾		250 %
Honoraires des généralistes et spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾		200 %
Actes techniques médicaux et de chirurgie (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾		250 %
Actes techniques médicaux et de chirurgie (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾		200 %
Sages-femmes ⁽¹⁾		250 %
Honoraires paramédicaux ⁽¹⁾		250 %
Médicaments ⁽¹⁾		100 %
Matériel médical : orthopédie, accessoires, appareillages ⁽¹⁾		250 %
Matériel médical : prothèses capillaires et implants mammaires ⁽¹⁾		100 % + forfait de 250 €/an
Analyses et examens de biologie remboursés par la Sécurité sociale ⁽¹⁾		250 %
Analyses et examens de biologie non remboursés par la Sécurité sociale		50 % des frais réels dans la limite de 115 €/an
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾		250 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾		200 %
Transport prescrit ⁽¹⁾		100 %
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MEDICALE – MOYEN SEJOUR OU PSYCHIATRIE		
Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾		535 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾		180 %
Forfait hospitalier ⁽³⁾		Frais réels
Forfait patient urgence ⁽⁸⁾		Pas de reste à charge
Frais de séjour en établissement conventionné		545 %
Frais de séjour en établissement non conventionné		245 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds		100 %
Chambre particulière avec ou sans nuitée ⁽⁴⁾		70 € par jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat) avec nuitée ⁽⁵⁾		35 € par jour
Lit accompagnant		35 € par nuit
PACK PRÉVENTION – BIEN ETRE ⁽⁶⁾		
Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)		100 %
Acte d'ostéodensitométrie non remboursé par la Sécurité sociale		50 % des frais réels par acte dans la limite de 115 €/an
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (uniquement par injections)		Forfait de 110 €/an
Pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale		Forfait de 60 €/an
Médecines douces : acupuncture, auriculothérapie, biokinergie, chiropractie, étiopathie, hypnose médicale, Kiné méthode Mézières, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologie, sophrologie (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		Forfait de 140 €/an
Psychomotricien, ergothérapeute (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		35 €/séance dans la limite de 10 séances par an
Psychologues (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		35 €/séance dans la limite de 5 séances par an
Diététiciens (praticiens recensés au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS)		35 €/séance dans la limite de 5 séances par an
AUDIOLOGIE ⁽⁶⁾ : le renouvellement est possible tous les 4 ans et tient compte de l'antériorité sur les 4 dernières années.		
	Panier 100% santé*	Panier libre
Prothèses auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	120 %
Prothèses auditives plus de 20 ans ⁽¹⁾		dans la limite du plafond de 1700 €
Prothèses auditives plus de 20 ans ⁽¹⁾		250 %
Consommables, piles ou accessoires ⁽¹⁾		dans la limite du plafond de 1700 €
		100 %

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

OPTIQUE ⁽⁶⁾ : A compter de la date d'acquisition : pour personne de 16 ans et plus renouvellement tous les 2 ans (sauf si changement de correction : renouvellement possible annuellement), pour les enfants de moins de 16 ans renouvellement annuel, pour les enfants de moins de 6 ans renouvellement semestriel. Renouvellement anticipé possible en cas de situation médicale particulière.

Les montants exprimés incluent le remboursement de la Sécurité sociale

	Panier 100% santé * : classe A	Panier libre : classe B
Monture ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 €
Verre simple ^{(1) (7)}		100 % + 127 €/verre
Verre complexe ^{(1) (7)}		100 % + 127 €/verre
Verre très complexe ^{(1) (7)}		100 % + 127 €/verre
Adaptation de la correction visuelle ⁽¹⁾		100 %
Appairage de verres d'indice de réfraction différents ⁽¹⁾		Non remboursable
Supplément pour verres avec filtre ⁽¹⁾		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) ⁽¹⁾	100 %	100 %
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	100 % ⁽²⁾ + forfait de 220 €/an	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Forfait de 220 €/an	
Chirurgie réfractive	510 €/œil/an	

DENTAIRE

Soins dentaires ⁽¹⁾	275 %		
Inlay-Onlay ⁽¹⁾	420 %		
		Panier maîtrisé	Panier libre
Prothèses dentaires ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	570 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	570 %
Inlay core avec ou sans clavette ⁽¹⁾		570 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	570 %
Bridge ⁽¹⁾		570 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	570 %
Prothèses dentaires amovibles et réparation ⁽¹⁾		570 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	570 %
Orthodontie ⁽¹⁾ (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)	325 %		
Parodontologie	Forfait de 400 €/an		
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	300 % BRR		
Implantologie	Forfait de 500 €/an		

NAISSANCE ⁽⁹⁾

Allocation naissance	530 €
----------------------	-------

A législation constante : Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou de réajuster la part mutuelle si la part Assurance Maladie obligatoire venait à être modifiée. Notre formule est solidaire et responsable. Les garanties s'appliquent dans le respect du parcours de soins et dans les conditions prévues au règlement mutualiste. Les remboursements des garanties en % sont calculés à partir des tarifs fixés par la Sécurité sociale. Ces tarifs peuvent varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. Les garanties en % incluent le remboursement de la Sécurité sociale et celui de la mutuelle dans la limite des frais engagés. Les garanties en euros sont des forfaits par année civile et par personne protégée (sauf indication contraire), ils intègrent le ticket modérateur. Nos prestations sont délivrées dans la limite des frais réels et des tarifs plafonds des régimes obligatoires.

BRSS : Base de Remboursement Reconstituée Sécurité sociale. - DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée proposé aux médecins (Optam, Optam-co). Le site annuaire.santé.ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un des dispositifs. - OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. - OPTAM-CO = option pratique tarifaire maîtrisée des spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. - Honoraires Limite de Facturation = Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés » - Panier 100% santé* : *Tels que définis réglementairement et visés aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier 100% santé, les remboursements se feront selon le niveau de garantie exprimé dans le panier maîtrisé ou libre - Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. BRR : Base de Remboursement Sécurité sociale Reconstituée.

(1) Accepté par la Sécurité sociale. (2) Pour les praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle des praticiens conventionnés. (3) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les MAS (maisons d'accueil spécialisées). (4) En services de : médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation...) dans la limite des tarifs signés par convention. Durée de prise en charge illimitée en médecine, chirurgie ; durée de prise en charge limitée à 60 jours/an en psychiatrie, à 90 jours/an en soins de suite et réadaptation, en maison de repos et convalescence et maison d'enfants à caractère sanitaire et à 240 jours/an en centre agréé de rééducation fonctionnelle. (5) nuitée, repas pour un accompagnant d'un enfant de moins de 10 ans inscrit au contrat dans la limite de 30 jours/an. (6) Se référer au règlement mutualiste. (7) Tel que défini par la législation en vigueur. (8) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. (9) 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.