

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

<b>SOINS COURANTS <sup>(1)</sup></b>	
Honoraires des généralistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	100 %
Honoraires des généralistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	100 %
Honoraires des spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	100 %
Honoraires des spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	100 %
Actes de spécialité (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	100 %
Actes de spécialité (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	100 %
Honoraires paramédicaux <sup>(1)</sup>	100 %
Médicaments <sup>(1)</sup>	100 %
Matériel médical <sup>(1)</sup>	100 %
Analyses et examens de biologie <sup>(1)</sup>	100 %
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	100 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	100 %
Transport prescrit <sup>(1)</sup>	100 %
Cure thermique : soins, transport, hébergement <sup>(1)</sup>	-

<b>HOSPITALISATION <sup>(2)</sup></b>	
Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	100 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	100 %
Forfait hospitalier	Frais réels
Forfait patient urgence <sup>(6)</sup>	100 % de la dépense effective
Frais de séjour	100 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière par journée ou par nuitée <sup>(3)</sup>	35 € par jour
Lit accompagnant (bénéficiaire de moins de 14 ans ou de plus de 70 ans)	35 € par nuitée

<b>PACK PRÉVENTION <sup>(3)</sup></b>	
Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %

**OPTIQUE <sup>(3)</sup> : 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.**

	<b>Panier 100% santé * : classe A</b>	<b>Panier libre : classe B</b>
Monture <sup>(1)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 €
Verre simple <sup>(1) (4)</sup>		150 €/verre
Verre complexe <sup>(1) (4)</sup>		225 €/verre
Verre très complexe <sup>(1) (4)</sup>		250 €/verre
Adaptation de la correction visuelle <sup>(1)</sup>		100 %
Appairage de verres d'indice de réfraction différents <sup>(1)</sup>		Non remboursable
Supplément pour verres avec filtre <sup>(1)</sup>		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) <sup>(1)</sup>	100 %	100 %
Lentilles prescrites	100 % <sup>(1)</sup> + forfait de 320 €/an	
Kératotomie	Forfait de 1000 €/an	

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

<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires <sup>(1)</sup>		125 %	
Inlay-Onlay <sup>(1)</sup>		125 %	
	<b>Panier 100 % santé</b>	<b>Panier maîtrisé</b>	<b>Panier libre</b>
Prothèses dentaires <sup>(1)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	200 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation <sup>(11)</sup>	200 %
Inlay core avec ou sans clavette <sup>(1)</sup>		200 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation <sup>(11)</sup>	200 %
Bridge <sup>(1)</sup>		200 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	200 %
Prothèses dentaires amovibles et réparation <sup>(1)</sup>		200 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	200 %
Orthodontie <sup>(1)</sup> (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)		250 %	
Implants		Forfait de 5 % du PMSS/an	

<b>AUDIOLOGIE <sup>(3)</sup> : le renouvellement est possible tous les 4 ans et tient compte de l'antériorité sur les 4 dernières années.</b>	<b>Panier 100% santé*</b>	<b>Panier libre</b>
Prothèses auditives <sup>(1)</sup> bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité <sup>(5)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 1400 €/oreille
Prothèses auditives <sup>(1)</sup> bénéficiaire à compter du 21 anniversaire	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 400 €/oreille
Consommables, piles ou accessoires <sup>(1)</sup>	100 %	

<b>LES PLUS <sup>(3)</sup></b>	
Allocation naissance ou adoption (sous réserve de l'inscription de l'enfant) <sup>(3)</sup>	10 % du PMSS
Médecines douces (actes non remboursés par la Sécurité sociale) : acupuncteurs, diététiciens, ostéopathes agréés inscrits à l'Agence Régionale de Santé	Forfait de 100 €/an

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](http://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) sauf exclusion voir la notice d'information et/ou le règlement mutualiste. (3) se référer à la notice et/ou règlement mutualiste. (4) Tel que défini par la législation en vigueur. (5) La cécité se définit comme une acuité visuelle inférieure à 1/20<sup>ème</sup> après correction. (6) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

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

<b>SOINS COURANTS <sup>(1)</sup></b>	
Honoraires des généralistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	200 %
Honoraires des généralistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	150 %
Honoraires des spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	200 %
Honoraires des spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	150 %
Actes de spécialité (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	200 %
Actes de spécialité (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	150 %
Honoraires paramédicaux <sup>(1)</sup>	100 %
Médicaments <sup>(1)</sup>	100 %
Matériel médical <sup>(1)</sup>	200 %
Analyses et examens de biologie <sup>(1)</sup>	100 %
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	200 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	150 %
Transport prescrit <sup>(1)</sup>	100 %
Cure thermique : soins, transport, hébergement <sup>(1)</sup>	100 % + forfait de 200 €/an

<b>HOSPITALISATION <sup>(2)</sup></b>	
Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	200 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	150 %
Forfait hospitalier	Frais réels
Forfait patient urgence <sup>(6)</sup>	100 % de la dépense effective
Frais de séjour	100 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière par journée ou par nuitée <sup>(3)</sup>	45 € par jour
Lit accompagnant (bénéficiaire de moins de 14 ans ou de plus de 70 ans)	45 € par nuitée

<b>PACK PRÉVENTION <sup>(3)</sup></b>	
Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %

**OPTIQUE <sup>(3)</sup> : 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.**

	<b>Panier 100% santé * : classe A</b>	<b>Panier libre : classe B</b>
Monture <sup>(1)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 €
Verre simple <sup>(1) (4)</sup>		150 €/verre
Verre complexe <sup>(1) (4)</sup>		225 €/verre
Verre très complexe <sup>(1) (4)</sup>		250 €/verre
Adaptation de la correction visuelle <sup>(1)</sup>		100 %
Appairage de verres d'indice de réfraction différents <sup>(1)</sup>		Non remboursable
Supplément pour verres avec filtre <sup>(1)</sup>		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) <sup>(1)</sup>	100 %	100 %
Lentilles prescrites	100 % <sup>(1)</sup> + forfait de 320 €/an	
Kératotomie	Forfait de 1000 €/an	

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

<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires <sup>(1)</sup>	250 %		
Inlay-Onlay <sup>(1)</sup>	200 %		
	<b>Panier 100 % santé</b>	<b>Panier maîtrisé</b>	<b>Panier libre</b>
Prothèses dentaires <sup>(1)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	300 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation <sup>(11)</sup>	300 %
Inlay core avec ou sans clavette <sup>(1)</sup>		300 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation <sup>(11)</sup>	300 %
Bridge <sup>(1)</sup>		300 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	300 %
Prothèses dentaires amovibles et réparation <sup>(1)</sup>		300 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	300 %
Orthodontie <sup>(1)</sup> (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)	300 %		
Implants	Forfait de 10 % du PMSS/an		

<b>AUDIOLOGIE <sup>(3)</sup> : le renouvellement est possible tous les 4 ans et tient compte de l'antériorité sur les 4 dernières années.</b>	<b>Panier 100% santé*</b>	<b>Panier libre</b>
Prothèses auditives <sup>(1)</sup> bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité <sup>(5)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 1400 €/oreille
Prothèses auditives <sup>(1)</sup> bénéficiaire à compter du 21 anniversaire	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 400 €/oreille
Consommables, piles ou accessoires <sup>(1)</sup>	100 %	

<b>LES PLUS <sup>(3)</sup></b>	
Allocation naissance ou adoption (sous réserve de l'inscription de l'enfant) <sup>(3)</sup>	15 % du PMSS
Médecines douces (actes non remboursés par la Sécurité sociale) : acupuncteurs, diététiciens, ostéopathes agréés inscrits à l'Agence Régionale de Santé	Forfait de 150 €/an

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](http://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) sauf exclusion voir la notice d'information et/ou le règlement mutualiste. (3) se référer à la notice et/ou règlement mutualiste. (4) Tel que défini par la législation en vigueur. (5) La cécité se définit comme une acuité visuelle inférieure à 1/20<sup>ème</sup> après correction. (6) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

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

<b>SOINS COURANTS <sup>(1)</sup></b>	
Honoraires des généralistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	300 %
Honoraires des généralistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	200 %
Honoraires des spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	300 %
Honoraires des spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	200 %
Actes de spécialité (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	300 %
Actes de spécialité (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	200 %
Honoraires paramédicaux <sup>(1)</sup>	100 %
Médicaments <sup>(1)</sup>	100 %
Matériel médical <sup>(1)</sup>	300 %
Analyses et examens de biologie <sup>(1)</sup>	100 %
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	300 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	200 %
Transport prescrit <sup>(1)</sup>	100 %
Cure thermique : soins, transport, hébergement <sup>(1)</sup>	100 % + forfait de 400 €/an

<b>HOSPITALISATION <sup>(2)</sup></b>	
Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	300 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) <sup>(1)</sup>	200 %
Forfait hospitalier	Frais réels
Forfait patient urgence <sup>(6)</sup>	100 % de la dépense effective
Frais de séjour	100 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière par journée ou par nuitée <sup>(3)</sup>	65 € par jour
Lit accompagnant (bénéficiaire de moins de 14 ans ou de plus de 70 ans)	Frais réels par nuitée

<b>PACK PRÉVENTION <sup>(3)</sup></b>	
Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %

**OPTIQUE <sup>(3)</sup> : 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.**

	<b>Panier 100% santé * : classe A</b>	<b>Panier libre : classe B</b>
Monture <sup>(1)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 €
Verre simple <sup>(1) (4)</sup>		160 €/verre
Verre complexe <sup>(1) (4)</sup>		230 €/verre
Verre très complexe <sup>(1) (4)</sup>		260 €/verre
Adaptation de la correction visuelle <sup>(1)</sup>		100 %
Appairage de verres d'indice de réfraction différents <sup>(1)</sup>		Non remboursable
Supplément pour verres avec filtre <sup>(1)</sup>		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) <sup>(1)</sup>	100 %	100 %
Lentilles prescrites	100 % <sup>(1)</sup> + forfait de 320 €/an	
Kératotomie	Forfait de 1000 €/an	



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

<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires <sup>(1)</sup>	300 %		
Inlay-Onlay <sup>(1)</sup>	250 %		
	Panier 100 % santé	Panier maîtrisé	Panier libre
Prothèses dentaires <sup>(1)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	400 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation <sup>(11)</sup>	400 %
Inlay core avec ou sans clavette <sup>(1)</sup>		400 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation <sup>(11)</sup>	400 %
Bridge <sup>(1)</sup>		400 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation <sup>(11)</sup>	400 %
Prothèses dentaires amovibles et réparation <sup>(1)</sup>		400 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation <sup>(11)</sup>	400 %
Orthodontie <sup>(1)</sup> (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)	300 %		
Implants	Forfait de 15 % du PMSS/an		

<b>AUDIOLOGIE <sup>(3)</sup> : le renouvellement est possible tous les 4 ans et tient compte de l'antériorité sur les 4 dernières années.</b>	<b>Panier 100% santé*</b>	<b>Panier libre</b>
Prothèses auditives <sup>(1)</sup> bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité <sup>(5)</sup>	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 1400 €/oreille
Prothèses auditives <sup>(1)</sup> bénéficiaire à compter du 21 anniversaire	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 400 €/oreille
Consommables, piles ou accessoires <sup>(1)</sup>	100 %	

<b>LES PLUS <sup>(3)</sup></b>	
Allocation naissance ou adoption (sous réserve de l'inscription de l'enfant) <sup>(3)</sup>	20 % du PMSS
Médecines douces (actes non remboursés par la Sécurité sociale) : acupuncteurs, diététiciens, ostéopathes agréés inscrits à l'Agence Régionale de Santé	Forfait de 200 €/an

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.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.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) sauf exclusion voir la notice d'information et/ou le règlement mutualiste. (3) se référer à la notice et/ou règlement mutualiste. (4) Tel que défini par la législation en vigueur. (5) La cécité se définit comme une acuité visuelle inférieure à 1/20<sup>ème</sup> après correction. (6) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.