

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE
SOINS COURANTS ⁽²⁾

Honoraires des généralistes et spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	150 %
Honoraires des généralistes et spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	130 %
Actes techniques médicaux (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	150 %
Actes techniques médicaux (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	130 %
Honoraires paramédicaux ⁽²⁾	160 %
Médicaments ⁽²⁾	100 %
Matériel médical ⁽²⁾	150 %
Analyses et examens de biologie ⁽²⁾	160 %
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	170 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	130 %
Transport prescrit ⁽²⁾	165 %
Cure thermique : soins, transport, hébergement ⁽²⁾	100 %

HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE – Etablissements conventionnés ⁽¹⁾⁽³⁾

Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	250 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	200 %
Forfait hospitalier	Frais réels
Forfait patient urgence ⁽⁶⁾	Pas de reste à charge
Frais de séjour	250 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité ⁽⁴⁾	35 € par jour
Frais de lit accompagnant	20 € par jour

PACK PRÉVENTION ⁽⁴⁾

Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %
Acte d'ostéodensitométrie (pour les femmes de + de 50 ans, une fois tous les 6 ans)	100 %
Vaccin antigrippal (de 50 ans à 64 ans)	100 %
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum ⁽²⁾	170 %
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans (effectué chez un praticien signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*) ⁽²⁾	170 %
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans (effectué chez un praticien non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*) ⁽²⁾	150 %

OPTIQUE ⁽⁴⁾ : 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	
		Bénéficiaire de moins de 16 ans	Bénéficiaire de 16 ans et plus
Monture ⁽²⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 €	100 €
Verre simple ^{(2) (5)}		80 €/verre	35 €/verre
Verre complexe ^{(2) (5)}		185 €/verre	100 €/verre
Verre très complexe ^{(2) (5)}		185 €/verre	195 €/verre
Adaptation de la correction visuelle ⁽²⁾		100 %	
Appairage de verres d'indice de réfraction différents ⁽²⁾		Non remboursable	
Supplément pour verres avec filtre ⁽²⁾		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente	
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques) ⁽²⁾	100 %	100 %	
Lentilles	100 % ⁽²⁾ + forfait de 130 €/an		
Chirurgie correctrice de l'œil	Forfait de 130 €/œil		

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

DENTAIRE			
Soins dentaires ⁽²⁾	170 %		
Inlay-Onlay ⁽²⁾	270 %		
	Panier 100 % santé	Panier maîtrisé	Panier libre
Prothèses dentaires ⁽²⁾	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 ⁽²⁾		270 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	270 %
Bridge ⁽²⁾		270 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	270 %
Prothèses dentaires amovibles et réparation ⁽²⁾		270 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	270 %
Prothèses non prise en charge par la Sécurité sociale	107,50 €/acte		
Orthodontie ⁽²⁾ (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)	200 %		
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	96,75 €/acte		
Implantologie	-		
Parodontologie	-		
AUDIOLOGIE ⁽³⁾ : le renouvellement est possible tous les 4 ans. La période est fixe et s'apprécie à compter de la date de facturation de l'équipement.	Panier 100% santé*	Panier libre	
Prothèses auditives ⁽²⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 % + forfait de 500 €/oreille (limité à 1700 € par oreille)	
Consommables, piles ou accessoires ⁽²⁾	100 %		
LES PLUS ⁽⁴⁾			
Allocation naissance ou adoption (sous réserve de l'inscription de l'enfant) ⁽³⁾	250 €		
Forfait « bien-être » ⁽⁴⁾ : chiropractie, étioopathie, vaccins et pharmacie prescrits non remboursés par le RO, pédicures-podologues, substituts nicotiniques remboursés par le RO, ostéopathie pratiquée par des ostéopathes agréés inscrits à l'Agence Régionale de Santé	100 €/an		

(1) Praticiens en secteur non conventionné : prise en charge limitée à 100 % BRSS. (2) Accepté par le régime obligatoire (RO). (3) Hospitalisation en secteur non conventionné prise en charge limitée à 100 % BRSS. (4) Se référer au règlement mutualiste. (5) Tel que défini par la législation en vigueur. (6) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

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 de la 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.

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

SOINS COURANTS ⁽²⁾

Honoraires des généralistes et spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	200 %
Honoraires des généralistes et spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	150 %
Actes techniques médicaux (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	200 %
Actes techniques médicaux (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	150 %
Honoraires paramédicaux ⁽²⁾	210 %
Médicaments ⁽²⁾	100 %
Matériel médical ⁽²⁾	200 %
Analyses et examens de biologie ⁽²⁾	210 %
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	220 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	150 %
Transport prescrit ⁽²⁾	215 %
Cure thermique : soins, transport, hébergement ⁽²⁾	100 % + forfait de 100 €/an

HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE – Etablissements conventionnés ⁽¹⁾⁽³⁾

Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	300 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	200 %
Forfait hospitalier	Frais réels
Forfait patient urgence ⁽⁶⁾	Pas de reste à charge
Frais de séjour	300 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité ⁽⁴⁾	50 € par jour
Frais de lit accompagnant	30 € par jour

PACK PRÉVENTION ⁽⁴⁾

Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %
Acte d'ostéodensitométrie (pour les femmes de + de 50 ans, une fois tous les 6 ans)	100 %
Vaccin antigrippal (de 50 ans à 64 ans)	100 %
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum ⁽²⁾	170 %
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans (effectué chez un praticien signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*) ⁽²⁾	170 %
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans (effectué chez un praticien non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*) ⁽²⁾	150 %

OPTIQUE ⁽⁴⁾ : 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	
		Bénéficiaire de moins de 16 ans	Bénéficiaire de 16 ans et plus
Monture ⁽²⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 €	100 €
Verre simple ^{(2) (5)}		100 €/verre	55 €/verre
Verre complexe ^{(2) (5)}		205 €/verre	120 €/verre
Verre très complexe ^{(2) (5)}		205 €/verre	215 €/verre
Adaptation de la correction visuelle ⁽²⁾		100 %	
Appairage de verres d'indice de réfraction différents ⁽²⁾		Non remboursable	
Supplément pour verres avec filtre ⁽²⁾		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente	
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques) ⁽²⁾	100 %	100 %	
Lentilles	100 % ⁽²⁾ + forfait de 150 €/an		
Chirurgie corrective de l'œil	Forfait de 150 €/œil		

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

DENTAIRE			
Soins dentaires ⁽²⁾	220 %		
Inlay-Onlay ⁽²⁾	320 %		
	Panier 100 % santé	Panier maîtrisé	Panier libre
Prothèses dentaires ⁽²⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	320 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	320 %
Inlay core avec ou sans clavette ⁽²⁾		320 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	320 %
Bridge ⁽²⁾		320 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	320 %
Prothèses dentaires amovibles et réparation ⁽²⁾		320 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	320 %
Prothèses non prise en charge par la Sécurité sociale	200 €/acte		
Orthodontie ⁽²⁾ (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)	250 %		
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	150 €/acte		
Implantologie (limité à deux implants par an)	150 €/an		
Parodontologie	150 €/an		
AUDIOLOGIE ⁽³⁾ : le renouvellement est possible tous les 4 ans. La période est fixe et s'apprécie à compter de la date de facturation de l'équipement.	Panier 100% santé*		Panier libre
Prothèses auditives ⁽²⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente		100 % + forfait de 600 €/oreille (limité à 1700 € par oreille)
Consommables, piles ou accessoires ⁽²⁾	100 %		
LES PLUS ⁽⁴⁾			
Allocation naissance ou adoption (sous réserve de l'inscription de l'enfant) ⁽⁴⁾		300 €	
Forfait « bien-être » ⁽⁴⁾ : chiropractie, étiopathie, vaccins et pharmacie prescrits non remboursés par le RO, pédicures-podologues, substituts nicotiniques remboursés par le RO, ostéopathie pratiquée par des ostéopathes agréés inscrits à l'Agence Régionale de Santé		125 €/an	

(1) Praticiens en secteur non conventionné : prise en charge limitée à 100 % BRSS. (2) Accepté par le régime obligatoire (RO). (3) Hospitalisation en secteur non conventionné prise en charge limitée à 100 % BRSS. (4) Se référer au règlement mutualiste. (5) Tel que défini par la législation en vigueur. (6) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

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 de la 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.

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

SOINS COURANTS ⁽²⁾

Honoraires des généralistes et spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	250 %
Honoraires des généralistes et spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	200 %
Actes techniques médicaux (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	330 %
Actes techniques médicaux (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	200 %
Honoraires paramédicaux ⁽²⁾	310 %
Médicaments ⁽²⁾	100 %
Matériel médical ⁽²⁾	250 %
Analyses et examens de biologie ⁽²⁾	310 %
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	320 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	200 %
Transport prescrit ⁽²⁾	315 %
Cure thermique : soins, transport, hébergement ⁽²⁾	100 % + forfait de 200 €/an

HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE – Etablissements conventionnés ⁽¹⁾⁽³⁾

Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	350 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	200 %
Forfait hospitalier	Frais réels
Forfait patient urgence ⁽⁶⁾	Pas de reste à charge
Frais de séjour	350 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière secteur conventionné y compris maternité ⁽⁴⁾	70 € par jour
Frais de lit accompagnant	40 € par jour

PACK PRÉVENTION ⁽⁴⁾

Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %
Acte d'ostéodensitométrie (pour les femmes de + de 50 ans, une fois tous les 6 ans)	100 %
Vaccin antigrippal (de 50 ans à 64 ans)	100 %
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum ⁽²⁾	170 %
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans (effectué chez un praticien signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*) ⁽²⁾	170 %
Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans (effectué chez un praticien non signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée*) ⁽²⁾	150 %

OPTIQUE ⁽⁴⁾ : 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	
		Bénéficiaire de moins de 16 ans	Bénéficiaire de 16 ans et plus
Monture ⁽²⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 €	100 €
Verre simple ^{(2) (5)}		120 €/verre	75 €/verre
Verre complexe ^{(2) (5)}		225 €/verre	140 €/verre
Verre très complexe ^{(2) (5)}		225 €/verre	235 €/verre
Adaptation de la correction visuelle ⁽²⁾		100 %	
Appairage de verres d'indice de réfraction différents ⁽²⁾		Non remboursable	
Supplément pour verres avec filtre ⁽²⁾		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente	
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques) ⁽²⁾	100 %	100 %	
Lentilles	100 % ⁽²⁾ + forfait de 200 €/an		
Chirurgie correctrice de l'œil	Forfait de 200 €/œil		

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

DENTAIRE			
Soins dentaires ⁽²⁾	270 %		
Inlay-Onlay ⁽²⁾	370 %		
	Panier 100 % santé	Panier maîtrisé	Panier libre
Prothèses dentaires ⁽²⁾	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 ⁽²⁾		370 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	370 %
Bridge ⁽²⁾		370 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	370 %
Prothèses dentaires amovibles et réparation ⁽²⁾		370 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	370 %
Prothèses non prise en charge par la Sécurité sociale	300 €/acte		
Orthodontie ⁽²⁾ (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)	300 %		
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale (assuré de moins de 25 ans)	200 €/acte		
Implantologie (limité à deux implants par an)	300 €/an		
Parodontologie	300 €/an		
AUDIOLOGIE ⁽³⁾ : le renouvellement est possible tous les 4 ans. La période est fixe et s'apprécie à compter de la date de facturation de l'équipement.			
	Panier 100% santé*	Panier libre	
Prothèses auditives ⁽²⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	100 % + forfait de 700 €/oreille (limité à 1700 € par oreille)	
Consommables, piles ou accessoires ⁽²⁾	100 %		
LES PLUS ⁽⁴⁾			
Allocation naissance ou adoption (sous réserve de l'inscription de l'enfant) ⁽⁴⁾		350 €	
Forfait « bien-être » ⁽⁴⁾ : chiropractie, étioopathie, vaccins et pharmacie prescrits non remboursés par le RO, pédicures-podologues, substituts nicotiniques remboursés par le RO, ostéopathie pratiquée par des ostéopathes agréés inscrits à l'Agence Régionale de Santé		135 €/an	

(1) Praticiens en secteur non conventionné : prise en charge limitée à 100 % BRSS. (2) Accepté par le régime obligatoire (RO). (3) Hospitalisation en secteur non conventionné prise en charge limitée à 100 % BRSS. (4) Se référer au règlement mutualiste. (5) Tel que défini par la législation en vigueur. (6) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

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 de la 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.