

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)

TOTAL

PRÉCISIONS

HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	55% B.R.	<b>135% B.R.</b>	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	35% B.R.	<b>115% B.R.</b>	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	<b>Frais Réels</b>	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours				
- Frais de séjour	80% B.R.	65% B.R.	<b>145% B.R.</b>	
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	<b>Frais Réels</b>	
- Chambre particulière avec nuitée en Médecine, Chirurgie, Psychiatrie, Soins de suite et de réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...).	Néant	15 € / jour	<b>15 € / jour</b>	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Médecine et Chirurgie. Durée limitée à : - 60 jours par année civile en Psychiatrie. - 90 jours par année civile en soins de suite et réadaptation, maison de repos et convalescence et en maison d'enfants à caractère sanitaire. - 240 jours par année civile en centre agréé de rééducation fonctionnelle.
- Lit d'accompagnement	Néant	15 € / jour	<b>15 € / jour</b>	Nuitées pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à l'hébergement. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	50% B.R.	<b>120% B.R.</b>	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	60% B.R. ou 50% B.R.	<b>120% B.R.</b>	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
Analyses et examens de laboratoire				
- Remboursés par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
- Non remboursés par l'A.M.O.	Néant	50% Frais Réels	<b>50% Frais Réels</b>	Limité à 115 € par année civile et par bénéficiaire.
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	<b>100% B.R.</b>	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	<b>100% B.R.</b>	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	<b>Frais Réels</b>	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
Matériel médical				
- Accessoires, appareillages, orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires, optiques, capillaires et mammaires)	60% B.R. ou 100% B.R.	40% B.R. ou Néant	<b>100% B.R.</b>	
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	250 €	<b>100% B.R. + 250 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Transports				
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
DENTAIRE				
- Soins, actes et consultations	70% B.R.	55% B.R.	<b>125% B.R.</b>	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	105% B.R. ou 75% B.R.	<b>175% B.R.</b>	
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	<b>Frais Réels</b>	

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

PRÉCISIONS

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL
---	--	-------

DENTAIRE				
<b>Prothèses hors 100% santé</b>				
<b>Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé</b>				
<b>Panier à honoraires maîtrisés</b>				
- Inlays onlays	70% B.R.	200% B.R.	<b>270% B.R.</b>	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Prothèses	70% B.R.	200% B.R.	<b>270% B.R.</b>	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
<b>Panier à honoraires libres</b>				
- Inlays onlays	70% B.R.	200% B.R.	<b>270% B.R.</b>	
- Prothèses	70% B.R.	200% B.R.	<b>270% B.R.</b>	
<b>Actes non remboursés par l'A.M.O.</b>				
- Implantologie	Néant	400 €	<b>400 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Parodontologie	Néant	400 €	<b>400 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
OPTIQUE				
<b>1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).</b>				
<b>1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.</b>				
<b>Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture)</b>				
<b>Classe A</b>				
<b>Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.</b>				
- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	
- Verres : tous types de correction	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
<b>Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture)</b>				
<b>Classe B - Tarifs libres</b>				
- Monture	60% B.R.	100 € moins 60% B.R.	<b>100 €</b>	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	40% B.R. + 80 €	<b>100% B.R. + 80 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Verre complexe	60% B.R.	40% B.R. + 80 €	<b>100% B.R. + 80 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Verre très complexe	60% B.R.	40% B.R. + 80 €	<b>100% B.R. + 80 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire.
<b>Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription</b>	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Lentilles</b>				
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R. + 120 €	<b>100% B.R. + 120 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	120 €	<b>120 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.</b>	Néant	205 €	<b>205 €</b>	Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire.
AIDES AUDITIVES				
<b>Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date</b>				
<b>Equipement 100% santé (tels que définis réglementairement)</b>				
<b>Classe I - Soumis à des prix limites de vente</b>				
<b>Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.</b>				
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	Appareillage auditif.
<b>Equipement hors 100% santé</b>				
<b>Classe II - Tarifs libres</b>				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins.
<b>Accessoires, entretien, piles, réparations</b>	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
NAISSANCE				
- Allocation naissance	Néant	230 €	<b>230 €</b>	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.

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

PRÉCISIONS

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL
---	--	-------

BIEN ÊTRE ET PRÉVENTION

- Chiropracteurs, étioopathes, ostéopathes,	Néant	80 €	80 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'Etat reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Psychomotriciens, ergothérapeutes	Néant	35 €	35 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limite à 10 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'Etat reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Psychologues	Néant	35 €	35 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limite à 5 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'Etat reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Diététiciens	Néant	35 €	35 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limite à 5 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'Etat reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O.	Néant	35 €	35 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O. (uniquement injections)	Néant	110 €	110 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O.	Néant	50% Frais Réels	50% Frais Réels	Limité à 115 € par année civile et par bénéficiaire.

Tous les actes de prévention pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie) A.M.O. = Assurance Maladie Obligatoire

Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Conditions Générales et Notice d'Information)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.