



Grille de garantie 100 % santé			
Remboursement total, dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité sociale.			
	Base conventionnelle	Base conventionnelle + Option 1	Base conventionnelle + Option 2
FRAIS D'HOSPITALISATION			
Chirurgie - Hospitalisation			
Frais de séjour - Secteur conventionné	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Frais de séjour - Secteur non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires - Secteur conventionné OPTAM/OPTAM-CO	170 % BR	220 % BR	220 % BR
Honoraires - Secteur conventionné Hors OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait hospitalier (hospitalisation, psychiatrie) ⁽¹⁾	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait actes lourds	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Chambre particulière - Secteur conventionné	-	2 % du PMSS	3 % du PMSS
Personne accompagnante - Secteur conventionné	-	1,5 % du PMSS	2 % du PMSS
FRAIS MEDICAUX			
Consultations Généralistes OPTAM/OPTAM-CO Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultations Spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	170 % BR	220 % BR	220 % BR
Consultations Spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Pharmacie	100 % BR (SMR faible exclu)	100 % BR	100 % BR
Vaccins non remboursés par la Ss	-	1,5 % du PMSS / an/bénéficiaire	2 % du PMSS / an/bénéficiaire
Analyses, auxiliaires médicaux	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	145 % BR	170 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Radiologie OPTAM/OPTAM-CO Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthopédie et autres prothèses ⁽²⁾	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Transport remboursé par la Ss	100 % BR	100 % BR	100 % BR
FRAIS DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % santé ⁽³⁾	Prise en charge intégrale progressive de 2020 à 2021 dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Onlays-Inlays	100 % BR	150 % BR	175 % BR
Orthodontie Remboursée par la Ss	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Prothèses	Limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge 125% BR ⁽⁴⁾		
Panier maîtrisé	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation		
Panier libre :	Actes remboursés par la Sécurité sociale		
- Dents du sourire remboursées par la Ss ⁽⁵⁾	275 % BR	350 % BR	450 % BR
- Dents de fond de bouche remboursées par la Ss ⁽⁶⁾	200 % BR	250 % BR	350 % BR
- Inlays-cores remboursés Ss	125 % BR	150 % BR	175 % BR
Implantologie (implant et pilier dentaire)	-	12 % du PMSS / an/bénéficiaire	12 % du PMSS / an/bénéficiaire
FRAIS OPTIQUE			
Équipement 100 % santé - verre ⁽⁷⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Équipement 100 % santé - monture ⁽⁷⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée Ss) 100 % santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Monture adulte du panier libre ⁽⁷⁾	80 €	100 €	100 €
Monture enfant du panier libre ⁽⁷⁾	60 €	85 €	100 €
Verres panier libre ⁽⁷⁾	Voir grille optique Base conventionnelle	Voir grille optique Base conventionnelle + Option 1	Voir grille optique Base conventionnelle + Option 2
Prestation d'adaptation et d'appairage (remboursée Ss) panier libre	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles prescrites remboursées (y compris jetables)	100 % BR	100 % BR + 3 % du PMSS / an/bénéficiaire	100 % BR + 5 % du PMSS / an/bénéficiaire
Lentilles prescrites non remboursées (y compris jetables)	-	3 % du PMSS	5 % du PMSS
Chirurgie réfractive (par œil / an/ bénéficiaire)	-	22 % du PMSS	35 % PMSS
AIDES AUDITIVES			
Équipement 100 % santé ⁽⁸⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Équipement du panier libre ⁽⁸⁾	100 % BR	100 % BR	190 % BR
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES			
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie) remboursés par la Ss	-	5 % du PMSS	7 % du PMSS
Médecines douces reconnues comme praticiens par les annuaires professionnels (ostéopathe, étiothérapeute, acupuncteur, chiropracteurs et psychologues)	-	3 x 25 €/an/bénéficiaire	5 x 35 €/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par la Ss	100 % BR	100 % BR + 13 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 38 €/an/bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par la Ss	-	25 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Patch anti-tabac	-	2 % du PMSS / an/bénéficiaire	4 % du PMSS / an/bénéficiaire

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la mutuelle rembourse le montant indiqué (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire.

BR : Base de remboursement de la Ss
FR : Frais réels
Ss : Sécurité sociale
PLV : prix limites de vente
PMSS : Plafond mensuel de la Ss
TM : Ticket modérateur
OPTAM : Option de pratique tarifaire maîtrisée
OPTAM-CO : Option de pratique tarifaire maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en chirurgie et en obstétrique

- (1) Prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (2) Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les audioprothèses ne sont pas remboursées au titre de ce poste mais au titre du poste « Aides auditives ».
- (3) Dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- (4) Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixes / Réparation sur prothèses.
- (5) Dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45.
- (6) Dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48.
- (7) La périodicité minimale du renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (une monture et 2 verres) est fixée à 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus et 1 an pour les enfants de moins de 16 ans. Un renouvellement anticipé des verres et de la monture sera possible dès 1 an en cas de dégradation de la vue dans des conditions fixées par la nomenclature. De même la prise en charge des verres et de la monture pourra être renouvelée sans délai dans certaines situations médicales particulières.
- (8) La durée de garantie et la durée minimale avant un renouvellement de la prise en charge par la complémentaire est fixée à 4 ans.

Grilles Optiques

Les remboursements s'entendent par verre

Type de verre (par verre) ⁽¹⁾	Base conventionnelle		Base conventionnelle + Option 1		Base conventionnelle + Option 2	
	Enfant ⁽²⁾	Adulte	Enfant ⁽²⁾	Adulte	Enfant ⁽²⁾	Adulte
Verre simple *	40 €	40 €	80 €	120 €	90 €	130 €
Verre complexe **	90 €	90 €	180 €	220 €	190 €	230 €
Verre très complexe ***	90 €	90 €	180 €	250 €	190 €	260 €
Monture panier libre	60 €	80 €	85 €	100 €	100 €	100 €

- * Simple : Verres unifocaux sphériques sphère entre - 6 et + 6.
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère entre - 6 et 0 et cylindre <= + 4
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 6
- ** Complexe : Verres unifocaux sphériques sphère hors zone - 6 à + 6
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère entre - 6 et 0 et cylindre > + 4
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère < - 6 et cylindre >= + 0,25
Verres unifocaux sphéro-cylindriques sphère > 0 et sphère + cylindre > + 6
Verres multifocaux ou progressifs sphériques entre - 4 et + 4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère entre - 8 et 0 et cylindre <= + 4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8
- *** Très complexe : Verres unifocaux Sphérique hors zone - 4 à + 4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère entre - 8 et 0 et cylindre > + 4
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère < - 8 et dont le cylindre >= à + 0,25
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8

(1) Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres + 1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

(2) Enfant de moins de 16 ans.



Le contrat est coassuré par Mutex, Adréa Mutuelle, Apréva, Chorum, Eovi-Mcd mutuelle, Harmonie Mutuelle et Mutuelle Ociane. Organismes présentés dans les conditions générales et la notice d'information.