

Résumé de votre garantie

Prestations en vigueur au 01/01/2020

Régime général

REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)

Socle conventionnel
(incluant les
remboursements du
régime général MSA)

Option facultative
(incluant les
remboursements du socle
conventionnel)

SOINS COURANTS		
HONORAIRES MEDICAUX		
Consultations, visites généralistes		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	170 % BR
- Autres praticiens (1)	100 % BR	150 % BR
Consultations, visites spécialistes		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	170 % BR
- Autres praticiens (1)	100 % BR	150 % BR
Actes techniques médicaux et d'échographie		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	170 % BR
- Autres praticiens (1)	100 % BR	130 % BR
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 % BR	170 % BR
- Autres praticiens	100 % BR	130 % BR
Actes de sages-femmes	100 % BR	170 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	170 % BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX		
Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100 % BR	170 % BR
MEDICAMENTS REMBOURSÉS PAR LA SECURITE SOCIALE		
- Médicaments remboursés par la sécurité Sociale	100 % BR	100 % BR
MATERIEL MEDICAL		
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 % BR	200 % BR
TRANSPORT SANITAIRE		
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR
AIDES AUDITIVES		
Prothèse auditive remboursable		
- Equipement 100% santé (Classe I - tel que défini réglementairement) ⁽²⁾⁽³⁾	100 % santé	100 % santé
- Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽²⁾⁽³⁾	100% BR + forfait de 500 € (dans la limite de 1700€ au 01/01/2021)	100% BR + forfait de 800 € (dans la limite de 1700€ au 01/01/2021)
Piles	100 % BR	100 % BR
CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO		
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100% BR	100 % BR
HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE		
Frais de séjour	100% BR	100 % BR
Forfait actes lourds	Frais réels	Frais réels
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)		
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	255% BR	300 % BR
- Autres praticiens (1)	200% BR	200 % BR

Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽⁴⁾	40 € / jour	50 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾	25 €/jour	35 €/jour
Frais d'accompagnant (moins de 16 ans)		35 €/jour
Maternité	1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE		
Équipement 100% santé (Classe A - tel que défini règlementairement) ^{(6) (7) (8)}		
Monture + verres	100 % santé	100 % santé
Équipement à tarifs libres (Classe B) ^{(6) (7) (9)}		
Monture seule (enfant)	100 €	100 €
Monture seule (adulte)	40 €	100 €
Verre simple	60% BR + 100 €/verre	60% BR + 160/ verre
Verre complexe	60% BR + 175€/verre	60% BR + 260 €/ verre
Verre très complexe	60% BR + 175€/verre	60% BR + 260 €/ verre
Adaptation de la correction visuelle	100% FR	100% FR
Verres avec filtre	100% FR	100% FR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100% BR	100% BR
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 150 € / an / bénéficiaire
DENTAIRE		
Soins		
Soins	100 % BR	100 % BR
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹⁰⁾	100 % santé	100 % santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽¹⁰⁾		
- Prothèses fixes ⁽¹¹⁾	210% BR + 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire	300% BR + 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire
- Inlay-Core	125 %	300 %
- Prothèses transitoires ⁽¹¹⁾	210% BR + 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire	300% BR + 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire
- Inlay onlay	125 %	125 %
- Prothèses amovibles ⁽¹¹⁾	210% BR + 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire	300% BR + 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres		
- Prothèses fixes ⁽¹¹⁾	210% BR + 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire	300% BR+ 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire
- Inlay-Core	125 %	125 %
- Prothèses transitoires ⁽¹¹⁾	210% BR + 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire	300% BR + 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire
- Inlay onlay	125 %	125 %
- Prothèses amovibles ⁽¹¹⁾	210% BR + 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire	300% BR + 10,5% PMSS/ an / bénéficiaire
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	250% BR	300 % BR
Orthodontie refusée par le régime obligatoire		200 € / an
Implantologie (2 implants/an) ⁽¹²⁾		300 € / implant
Parodontologie ^{(12) (13)}		100 € / an
AUTRES		
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie ⁽¹⁴⁾	30 € / séance limité à 1 séance par an	30 € / séance limité à 3 séances par an
SUBSTITUTS NICOTINIQUES (hors et sur prescriptions médicales)	Forfait de 150 € (y compris le remboursement SS)	Forfait de 150 € (y compris le remboursement SS)
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire ⁽¹²⁾		50 € / an
Actes de prévention ⁽¹⁵⁾	100 % BR	100 % BR
Assistance	OUI	OUI

(1) dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : désigne les médecins de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions médicales mentionnées à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès au soins (CAS), les Options Tarifaires Maîtrisées (OPTAM-OPTAMCO)

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

oLe renouvellement intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
oL'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;
oPour la prise en charge, le prescripteur doit notamment aLester de ceLe situaøon en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

(4) Si l'établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(8) Comprend également les prestations d'appairage et le supplément pour les verres avec filtre.

(9) - Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(11) Plafond commun

(12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(13) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).

(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte

(15) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT 2020 - SOCLE CONVENTIONNEL

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Pourcentage de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Base de remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Commentaires
HOSPITALISATION									
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €		0 €	20 €	0 €		-	Frais réels	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	0 €	Pour un oeil	100 %	150 %	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	271,70 €	247,70 €	183,30 €	0 €	Pour un oeil	100 %	130 %	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE									
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	10,16 €	22,50 €	102,50 €	0 €		60 %	60 %	Prix limite de vente
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345 €	10,16 €	0,09 €	239,91 €	105 €	Equipement adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €	60 %	60 %	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE									
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		70 %	100 %	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500 €	107,50 €	84 €	416 €	0 €		70 %	200 %	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires (prothèse tarif maîtrisé)	538,70 €	107,50 €	84 €	454,70 €	0 €	Honoraire limite de facturation : 550,00 €	70 %	200 %	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse tarif libre)	538,70 €	107,50 €	75,25 €	463,45 €	0 €		70 %	200 %	Prix moyen national de l'acte

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT 2020 - SOCLE CONVENTIONNEL

AIDES AUDITIVES									
Aide auditive de classe I par oreille	1 100 €	300 €	210 €	640 €	250 €	> 20 ans	60 %	100 %	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille	1 476 €	300 €	210 €	640 €	626 €	> 20 ans	60 %	100 %	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS									
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €		70 %	150 %	Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	30 €	20 €	9 €	1 €		70 %	150 %	Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44 €	30 €	20 €	9 €	15 €		70 %	150 %	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56 €	23 €	15,10 €	6,90 €	34 €		70 %	130 %	Prix moyen national de l'acte

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT 2020 - OPTION FACULTATIVE

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Pourcentage de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Base de remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Commentaires
HOSPITALISATION									
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €		0 €	20 €	0 €		-	Frais réels	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	0 €	Pour un oeil	100 %	150 %	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	271,70 €	247,70 €	183,30 €	0 €	Pour un oeil	100 %	130 %	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE									
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	10,16 €	22,50 €	102,50 €	0 €		60 %	60 %	Prix limite de vente
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux (équipement tarif libre)	345 €	10,16 €	0,09 €	299,91 €	45 €	Equipement adulte : Verres : 2 x 100,00 € Monture : 145,00 €	60 %	60 %	Prix moyen national de l'acte
DENTAIRE									
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		70 %	100 %	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500 €	107,50 €	84 €	416 €	0 €		70 %	200 %	Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires (prothèse tarif maîtrisé)	538,70 €	107,50 €	84 €	454,70 €	0 €	Honoraire limite de facturation : 550,00 €	70 %	200 %	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires (prothèse tarif libre)	538,70 €	107,50 €	75,25 €	463,45 €	0 €		70 %	200 %	Prix moyen national de l'acte

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT 2020 - OPTION FACULTATIVE

AIDES AUDITIVES									
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% Santé)	1 100 €	300 €	210 €	890 €	0 €	> 20 ans	60 %	100 %	Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille (équipement tarif libre)	1 476 €	300 €	210 €	940 €	326 €	> 20 ans	60 %	100 %	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS									
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €		70 %	150 %	Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	30 €	20 €	9 €	1 €		70 %	150 %	Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44 €	30 €	20 €	23 €	1 €		70 %	150 %	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56 €	23 €	15,10 €	18,40 €	22,50 €		70 %	130 %	Prix moyen national de l'acte