

**GRILLE DE GARANTIES - CCN ACCOUVAGE 100% SANTÉ**  
en vigueur au 01/01/2020

**RÉGIME LOCAL**

	Régime obligatoire	Remboursement au titre du régime conventionnel		REMBOURSEMENT TOTAL au titre du RO + du régime conventionnel	Remboursement au titre du régime optionnel	REMBOURSEMENT TOTAL au titre des RO + régime conventionnel + régime optionnel
	(à titre indicatif )	TM	Dépassements d'honoraires		Dépassements d'honoraires	
<b>SOINS COURANTS</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
<b>Consultations, visites généralistes</b>						
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR
- Autres praticiens	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR
<b>Consultations, visites spécialistes</b>						
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR
- Autres praticiens	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR
<b>Actes techniques médicaux et d'échographie</b>						
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR
- Autres praticiens	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR
<b>Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée</b>						
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 80 % BR	180 % BR
- Autres praticiens	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 60 % BR	160 % BR
<b>Actes de sages-femmes</b>						
	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>						
Analyses et examens de laboratoire	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
<b>HONORAIRES PARAMEDICAUX</b>						
Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR
<b>MEDICAMENTS</b>						
Service Médical Rendu Important	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
Service Médical Rendu Modéré	80 % BR	20 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
Service Médical Rendu Faible	15 % BR	85 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
<b>MATERIEL MEDICAL</b>						
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	+ 70 % BR	170 % BR

	Régime obligatoire	Remboursement au titre du régime conventionnel		REMBOURSEMENT TOTAL au titre du RO + du régime conventionnel	Remboursement au titre du régime optionnel	REMBOURSEMENT TOTAL au titre des RO + régime conventionnel + régime optionnel
	(à titre indicatif )	TM	Dépassements d'honoraires		Dépassements d'honoraires	
<b>AIDES AUDITIVES</b>						
Prothèse auditive remboursable (1) - Equipement 100% santé (Classe I - <i>tel que défini réglementairement</i> ) (2)(3)				100 % santé		100 % santé
- Equipement à tarifs Libres (Classe II) (3)	90 % BR	10 % BR	200 % BR	300% BR	-	300% BR
Entretien, fournitures et accessoires	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100% BR
<b>CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR L'AMO</b>						
Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	90 % BR	10 % BR	160 % BR	260 % BR	-	260 % BR
<b>HOSPITALISATION</b>						
<b>MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE</b>						
Frais de séjour	100% BR	0 % BR		100 % BR		100 % BR
Forfait actes lourds				Frais réels	-	Frais réels
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique						
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	0 % BR	155 % BR	255 % BR	-	255 % BR
- Autres praticiens	100% BR	0 % BR	100 % BR	200 % BR	-	200 % BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100% BR	0 % BR		100 % BR		100 % BR
Chambre particulière (4)	-		25 € / jour	25 € / jour	+ 14 € / jour	39 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire (5)	-		25 € / jour	25 € / jour	+ 14 € / jour	39 € / jour
Maternité (dans la limite des frais engagés)				1/3 PMSS		1/3 PMSS
<b>OPTIQUE</b>						
Equipement 100% santé (Classe A - <i>tel que défini réglementairement</i> ) (1)(6)(7)				100 % santé	-	100 % santé
Equipement à tarifs libres (Classe B) (1) (6) (7)(8)						
Monture + verres				100 €	-	100 €
Monture	90 % BR		100 € - 90 % BR			
Verre simple	90 % BR		100 €	90 % BR + 100 €	+ 30 €	90 % BR + 130 €
Verre complexe	90 % BR		175 €	90 % BR + 175 €	+ 50 €	90 % BR + 225 €
Verre très complexe	90 % BR		175 €	90 % BR + 175 €	+ 50 €	90 % BR + 225 €
Adaptation de la correction visuelle	90 % BR	10 % BR	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels
Verres avec filtre	90 % BR	10 % BR	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	90 % BR	10 % BR	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	0% ou 90% BR	100 % ou 10 % BR	100 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	+ 92 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 192 € / an / bénéficiaire

	Régime obligatoire	Remboursement au titre du régime conventionnel		REMBOURSEMENT TOTAL au titre du RO + du régime conventionnel	Remboursement au titre du régime optionnel	REMBOURSEMENT TOTAL au titre des RO + régime conventionnel + régime optionnel
	(à titre indicatif )	TM	Dépassements d'honoraires		Dépassements d'honoraires	
<b>DENTAIRE</b>						
<b>SOINS</b>						
Soins	90 % BR	10 % BR	0 % BR	100 % BR	-	100 % BR
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé <sup>(9)</sup>				100 % santé	-	100 % santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés <sup>(9)</sup>						
- Prothèses fixes <sup>(10)</sup>	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € /an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € /an / bénéficiaire
- Inlay-Core <sup>(10)</sup>	90 % BR	10 % BR	125 % BR	125% BR	-	125 % BR
- Prothèses transitoires <sup>(10)</sup>	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € /an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € /an / bénéficiaire
- Inlay onlay	90 % BR	10 % BR	25 % BR	125 % BR	-	125 % BR
- Prothèses amovibles <sup>(10)</sup>	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € /an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € /an / bénéficiaire
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres						
- Prothèses fixes <sup>(10)</sup>	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € /an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € /an / bénéficiaire
- Inlay-Core <sup>(10)</sup>	90 % BR	10 % BR	125 % BR	125% BR	-	125 % BR
- Prothèses transitoires <sup>(10)</sup>	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € /an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € /an / bénéficiaire
- Inlay onlay	90 % BR	10 % BR	25 % BR	125 % BR	-	125 % BR
- Prothèses amovibles <sup>(10)</sup>	90 % BR	10 % BR	145 % BR + 350 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 350 € /an / bénéficiaire	+ 50 € / an / bénéficiaire	245 % BR + 400 € /an / bénéficiaire
Prothèses dentaires non remboursées					214 € / an / bénéficiaire	214 € / an / bénéficiaire
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	90 % BR	10 % BR	200 % BR	300% BR	+ 50 % BR	350% BR
Orthodontie refusée par le régime obligatoire					397 € / an / bénéficiaire	397 € / an / bénéficiaire
<b>AUTRES</b>						
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie <sup>(11)</sup>	30 € / séance limité à 3 séances par an			30 € / séance limité à 3 séances par an	+ 1 séance par an	30 € / séance limité à 4 séances par an
Sevrage tabagique (hors et sur prescription médicale)	0 € à 150 € / an / bénéficiaire			0 € à 150 € / an / bénéficiaire		0 € à 150 € / an / bénéficiaire
Actes de prévention <sup>(12)</sup>	90 % BR	10 % BR		100%		100%

(1) 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 :

- Le 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) ;
- L'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) ;
- Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds 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.

(4) Si 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) 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.

(7) 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) - 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.

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

(10) Plafond commun

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

(12) 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

## **CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE**

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:
- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants:

- cures médicales en établissements de personnes âgées,
- ateliers thérapeutiques,
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Les remboursements de la mutuelle:

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),
- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle