

GARANTIES

TABLEAU DES GARANTIES RESPONSABLES

Les remboursements indiqués s'entendent y compris
remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des
frais engagés

RÉGIME SOCLE CONVENTIONNEL

Les prestations s'entendent y
compris Sécurité sociale

RÉGIME CONFORT

Les prestations s'entendent y
compris le régime socle
conventionnel obligatoire

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Généraliste

Adhérents DPTM ⁽¹⁾

120% BR

150% BR

Non adhérents DPTM ⁽¹⁾

100% BR

130% BR

Spécialiste

Adhérents DPTM ⁽¹⁾

200% BR

200% BR

Non adhérents DPTM ⁽¹⁾

180% BR

180% BR

Radiologie

Adhérents DPTM ⁽¹⁾

120% BR

150% BR

Non adhérents DPTM ⁽¹⁾

100% BR

130% BR

Actes de chirurgie hors hospitalisation

Adhérents DPTM ⁽¹⁾

150% BR

200% BR

Non adhérents DPTM ⁽¹⁾

130% BR

180% BR

Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de laboratoire

100% BR

120% BR

Honoraires paramédicaux

Auxiliaires médicaux

100% BR

120% BR

Médicaments

Pharmacie remboursée

100% BR

100% BR

Pharmacie non remboursable (sur prescription médicale)

-

15€/An

Transport

Ambulances, véhicules sanitaires légers... (remboursés par la
Sécurité sociale)

100% BR

100% BR

Matériel médical

Orthopédie & autres prothèses

150% BR

200% BR

AIDES AUDITIVES

Prothèses auditives remboursables

Équipement 100% santé* (Classe I) ⁽²⁾

Prise en charge intégrale

Prise en charge intégrale

Équipement à tarifs Libres (Classe II) ^{(3) (4)}

100% BR +10% PMSS par bénéficiaire

100% BR +20% PMSS par bénéficiaire

Entretien, fournitures et accessoires ⁽⁴⁾

CURE THERMALE

Acceptée par la Sécurité sociale

Frais de traitement et honoraires

100% BR

100% BR

Frais de voyage et hébergement

5% PMSS

5% PMSS

TABLEAU DES GARANTIES RESPONSABLES (suite)

HOSPITALISATION			
Médicale et chirurgicale			
Frais de séjour	100% FR limité à 200% 80% FR limité à 200% BR de la base conventionnée (**)		100% FR limité à 250% 80% FR limité à 250% BR de la base conventionnée (**)
Frais de séjour non conventionné			
Chambre particulière avec nuitée (en psychiatrie, le remboursement est limité en nombre de jours : 30 jours)	2% PMSS/jour		2% PMSS/jour
Chambre particulière en ambulatoire	1% PMSS/jour		1% PMSS/jour
Forfait journalier hospitalier	Frais réels		Frais réels
Frais d'accompagnement (enfant à charge de moins de 16 ans ou personne âgée de plus de 70 ans) ⁽⁵⁾	2% PMSS/jour		2% PMSS/jour
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques (y compris médecine de ville)	100% de la participation		100% de la participation
Honoraires – actes de chirurgie K (hors maternité)			
Adhérents DPTM ⁽¹⁾	300%		300%
Non adhérents DPTM ⁽¹⁾	200%		200%
Maternité			
Chambre particulière	2% PMSS/jour		2% PMSS/jour
Forfait naissance	10% PMSS		10% PMSS
Honoraires – actes de chirurgie K			
Adhérents DPTM ⁽¹⁾	300% BR		300% BR
Non adhérents DPTM ⁽¹⁾	200% BR		200% BR
OPTIQUE			
Équipement 100% santé* (Classe A) ⁽⁶⁾		Prise en charge intégrale	
Équipement à tarifs libres (Classe B)		Prise en charge intégrale	
Monture ⁽⁶⁾	Enfant	Adulte	Enfant
Par verre ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾	70 €	100 €	70 €
Simple	50 €	65 €	50 €
Complexe	125 €	150 €	125 €
Très complexe	205 €	320 €	205 €
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	100%		100%
Verres avec filtre	100%		100%
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	100%		100%
Lentilles remboursées	100% BR + 53 €/An		100% BR + 53 €/An
Lentilles non remboursées et jetables	Crédit annuel par bénéficiaire : 4% PMSS		Crédit annuel par bénéficiaire : 8% PMSS
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le régime obligatoire ⁽⁸⁾	Crédit annuel par bénéficiaire : 5% PMSS/Oeil		Crédit annuel par bénéficiaire : 9% PMSS/Oeil
DENTAIRE			
Soins et prothèses 100% santé*		Prise en charge intégrale	
Soins dentaires		100% BR	
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale		200% BR	
Panier maîtrisé ⁽⁹⁾			
Inlays, onlays	100% BR		200% BR
Prothèses	300% BR		350% BR
Panier libre ⁽¹⁰⁾			
Inlays, onlays	100% BR		200% BR
Prothèses	300% BR		350% BR

TABLEAU DES GARANTIES RESPONSABLES (suite)

DENTAIRE		
Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	300% BR	300% BR
Orthodontie refusée par le régime obligatoire	400 €/semestre	400 €/semestre
Prothèses dentaires non remboursées	215 €	215 €
Parodontologie	100 €/An/Bénéficiaire	5% PMSS/An/Bénéficiaire
Implantologie	10% PMSS/An/Bénéficiaire	16% PMSS/An/Bénéficiaire
AUTRES		
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale (autres que celui de la grippe)	Crédit annuel par bénéficiaire : 30 €	Crédit annuel par bénéficiaire : 34 €
Diététicien, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue, ergothérapeute	3x40 €/Séance	3x45 €/Séance
Ajout : kiné méthode Mézières, Hypnose médicale, Etiopathes, Réflexologie, Sophrologie	-	4x25 €/séance
Consultations psychologiques	-	Crédit annuel par bénéficiaire : 68 €
Sevrage tabagique		
SERVICES (Ressources Mutuelles Assistance)		
Assistance : RMA Niveau 3	Oui	Oui

BR : base de remboursement

PMSS : Plafonds mensuel de la Sécurité sociale. Le PMSS est revalorisé au 1er janvier de chaque année par arrêté ministériel et son montant est disponible sous <http://www.pmss.fr/>

* Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente ou des honoraires limites de facturation, et des plafonds fixés par la réglementation

**Avec une prise en charge minimale de 100 % BR

- (1) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.
- (2) Le remboursement est limité à une audioprothèse tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente et comprenant le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive.
- (3) Le remboursement est limité à une audioprothèse tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente et à 1700 € y compris AMO pour chaque oreille. Il comprend le suivi du réglage et de l'adaptation de l'aide auditive
- (4) Plafond commun
- (5) Concernent uniquement les frais de repas et/ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.
- (6) La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.
- (7) **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 égal à 0,25 dioptrie ; Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S 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 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 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.
- (8) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.
- (9) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier maîtrisé, tels que définis réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- (10) Soins prothétiques et prothèses relevant du panier libre, tels que définis réglementairement.

CONDITIONS GÉNÉRALES 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, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- 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.