

NOMENCLATURE DES ACTES	Remboursement Sécurité Sociale	BASE	OPTIONS INDIVIDUELLES		
		RDEM1	RODEM1 (4)	RODEM2 (4)	
		REMBOURSEMENTS SECURITE SOCIALE + MUTUELLE	OPTION FACULTATIVE (4)	OPTION FACULTATIVE (4)	
<b>MEDECINE DE VILLE</b>					
CONSULTATIONS, VISITES DE GENERALISTES Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%	100% BR	155% BR	200% BR	
CONSULTATIONS, VISITES DE GENERALISTES Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%	100% BR	135% BR	180% BR	
CONSULTATIONS, VISITES ACTES DE SPECIALISTES, ACTE DE CHIRURGIE Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%	100% BR	155% BR	200% BR	
CONSULTATIONS, VISITES ACTES DE SPECIALISTES, ACTE DE CHIRURGIE Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%	100% BR	135% BR	180% BR	
RADIOLOGIE Si médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%	100% BR	100% BR	200% BR	
RADIOLOGIE Si médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%	100% BR	100% BR	180% BR	
AUXILIAIRES MEDICAUX	60%	100% BR	100% BR	190% BR	
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES > 120 €	-	OUI	OUI	OUI	
ANALYSES ET PRELEVEMENTS BIOLOGIQUES	60%	100% BR	100% BR	190% BR	
PHARMACIE	65% / 30% / 15%	100% BR	100% BR	100% BR	
<b>HOSPITALISATION CLINIQUES ET HOPITAUX</b>					
<b>HOSPITALISATION MEDICALE, CHIRURGICALE, MATERNITE ET SERVICES SPECIALISES</b>					
Frais de séjour	80%	100% BR	185% BR	260% BR	
Honoraires médicaux et chirurgicaux Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	80%	100% BR	185% BR	260% BR	
Honoraires médicaux et chirurgicaux Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	80%	100% BR	165% BR	200% BR	
Forfait journalier illimité (selon tarif en vigueur)	rien	FRAIS REELS	FRAIS REELS	FRAIS REELS	
Chambre particulière	rien	0,8% PMSS* PAR JOUR	1,2% PMSS* PAR JOUR	2% PMSS* PAR JOUR	
Frais d'accompagnement pour l'hospitalisation d'un enfant de - de 16 ans	rien	1% PMSS* PAR JOUR	1,2% PMSS* PAR JOUR	1,4% PMSS* PAR JOUR	
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES > 120 €	-	OUI	OUI	OUI	
Prime de naissance ou adoption	rien	-	6% PMSS*	12% PMSS*	
TRANSPORTS	65% / 100%	115% BR	115% BR	180% BR	
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>					
<b>OPTIQUE (1) (2)</b>					
				ADULTE	ENFANT
MONTURE		4 % PMSS* (1bis)	4,5% PMSS* (1bis)	PLAFONNEE A 150 €	PLAFONNEE A 150 €
DEUX VERRES SIMPLES		4,2 % PMSS*	5,7 % PMSS*	8,6 % PMSS*	5,80 % PMSS*
OU UN VERRER SIMPLE ET UN COMPLEXE		5,3 % PMSS*	7,1% PMSS*	13,20% PMSS*	7,1% PMSS*
OU UN VERRER SIMPLE ET UN TRES COMPLEXE	60%	5,3 % PMSS*	7,1% PMSS*	13,20% PMSS*	7,1% PMSS*
OU DEUX VERRER COMPLEXES		5,3 % PMSS*	7,1% PMSS*	13,20% PMSS*	7,1% PMSS*
OU UN VERRER COMPLEXE ET TRES COMPLEXE		5,3 % PMSS*	7,1% PMSS*	13,20% PMSS*	7,1% PMSS*
OU DEUX VERRER TRES COMPLEXES		5,3 % PMSS*	7,1% PMSS*	13,20% PMSS*	7,1% PMSS*
LENTILLES acceptées par la Sécurité Sociale (1)	60%	100% + 6% PMSS* tous les 2 ans	100% + 7,5% PMSS* tous les 2 ans	100% + 8,5% PMSS* tous les 2 ans	
LENTILLES refusées par la sécurité sociale	rien	-	7,5% PMSS* tous les 2 ans	8,5% PMSS* tous les 2 ans	
Chirurgie réfractive, laser, kératotomy (1)	rien	-	8% PMSS* par œil/an/bénéficiaire	10% PMSS* par œil/an /bénéficiaire	
<b>AUDITIF</b>					
Appareil auditif	60%	100% BR	145% BR	165% BR	
<b>DENTAIRE REMBOURSE PAR LE REGIME OBLIGATOIRE</b>					
Actes Techniques, Chirurgie, Radiologie, Parodontologie et Soins Dentaires	70%	100% BR	170% BR	200% BR	
Prothèses et implantologie remboursés SS	70%	145% BR	195% BR	315% BR	
Orthodontie remboursée	70% / 100%	150% BR	220% BR	220% BR	
<b>DENTAIRE NON REMBOURSE PAR LE REGIME OBLIGATOIRE</b>					
Prothèses	rien	-	100% BRR (6)	220 % BRR (6)	
Orthodontie	rien	-	100% BRR (5)	100% BRR (5)	
Implants (1)	rien	-	-	7% PMSS*/an/bénéficiaire	
<b>CURE THERMALE acceptée par la sécurité sociale</b>					
Soins - Honoraires Médicaux	65% ou 70%	-	100% BR	100% BR	
Hébergement - Déplacements	65%/ 70% ou rien	-	7% PMSS*	8 % PMSS*	
Cure de thalassothérapie (1) (sur présentation de facture acquittée)	rien	450 € Forfait global tous les 2 ans par bénéficiaire avec durée minimum de 5 jours continus	600 € Forfait global tous les 2 ans par bénéficiaire avec durée minimum de 5 jours continus	700 € Forfait global tous les 2 ans par bénéficiaire avec durée minimum de 5 jours continus	
PROTHESES ORTHOPEDIE (matériel de traitement divers)	60%	100% BR	145% BR	165% BR	
<b>MEDECINE DOUCE</b>					
Ostéopathe (1) (3)	rien	Forfait annuel 80 € par bénéficiaire	Forfait annuel 130 € par bénéficiaire	Forfait annuel 170 € par bénéficiaire	
Patch anti-tabac (1)	Forfait SS/an	50 € /an par bénéficiaire en complément du remboursement de la sécurité sociale	50 € /an par bénéficiaire en complément du remboursement de la sécurité sociale	50 € /an par bénéficiaire en complément du remboursement de la sécurité sociale	
<b>ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE (7)</b>					
Aides ménagères en cas d'hospitalisation, services à la personne, Acheminement médicaments, école à domicile, frais médicaux à l'étranger Assistance Juridique, Médicale, Vie quotidienne, etc...	Just Assistance	Sur simple appel téléphonique inclus dans votre contrat	Sur simple appel téléphonique inclus dans votre contrat	Sur simple appel téléphonique inclus dans votre contrat	

\* PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale 3377 € pour 2019

SS : Sécurité Sociale BR : Base de remboursement BRR : Base de remboursement reconstruite

**Votre contrat est un contrat solidaire et responsable.**

Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité Sociale. Les taux incluent le remboursement du Régime Obligatoire.

**Les taux Sécurité Sociale + Mutuelle représentent le niveau de remboursement maximum et ne se cumulent pas aux taux des niveaux inférieurs**

(1) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, à compter de sa propre date d'affiliation, à savoir à compter de la date de la prise d'effet du bulletin d'adhésion mentionnant ce bénéficiaire.

(1bis) : Le plafonnement de la monture prévu à l'article 2 du décret n°2014-1374 est de 150€ à la date du 1er janvier 2016 (ticket modérateur inclus)

(2) : **Forfaits optiques** fixés pour une prise en charge sur un équipement complet (monture + verres) par périodes de deux ans pour les adultes et d'une année pour les enfants.

En cas d'évolution de la vue, la période est ramenée à une année pour l'adulte.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas limitée et le ticket modérateur est couvert systématiquement.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la mutuelle prendra en charge le remboursement des deux équipements corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-avant, sur une période de deux ans. Le remboursement dans cette hypothèse, sera effectué sur la base du forfait « monture + verres complexes » ; excepté lorsque les deux équipements sont composés de deux verres très complexes ; dans ce cas, le remboursement sera effectué sur la base du forfait « monture + verres très complexes ».

Pour la lecture de la présente grille de garanties :

*Verre simple* : verres simples foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

*Verre complexe* : verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs

*Verre très complexe* : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

Limites en vigueur au 1er janvier 2016 en application du décret précité au (1bis) :

Monture + 2 verres simples : maximum 470 €

Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe : maximum 610 €

Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe : maximum 660 €

Monture + 2 verres complexes : maximum 750 €

Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe : maximum 800 €

Monture + 2 verres très complexes : maximum 850 €

(3) : Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou à l'OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique) et prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, sont limités doublement de la manière suivante : limite de 100 % du tarif de responsabilité (125% pour les soins délivrés en 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité

(4) : Y compris régime de BASE (RDEM1)

(5) : Reconstitué sur une Base de remboursement de 107,50 €

(6) : Reconstitué sur une base d'un TO90 (193,50 €)

(7) : Garantie assurée auprès de Garantie Assistance, SA au capital de 1.850.000€, entreprise régie par le code des assurances, RCS Paris n°312.512.493, siège social 38 rue de la Bruyère 75009 PARIS