

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE
SOINS COURANTS

Honoraires des généralistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	100 %
Honoraires des généralistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	100 %
Honoraires des spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	195 %
Honoraires des spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	175 %
Actes de spécialité (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	150 %
Actes de spécialité (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	130 %
Honoraires paramédicaux ⁽¹⁾	100 %
Médicaments ⁽¹⁾	100 %
Matériel médical ⁽¹⁾	175 %
Analyses et examens de biologie ⁽¹⁾	100 %
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	100 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	100 %
Transport prescrit ⁽¹⁾	100 %

HOSPITALISATION : MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE, PSYCHIATRIE en établissements conventionnés⁽²⁾

Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	195 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	175 %
Forfait patient urgence ⁽¹³⁾	Pas de reste à charge
Forfait hospitalier ⁽³⁾	Frais réels
Frais de séjour en établissement conventionné	175 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière ⁽⁴⁾	45 € par journée ou par nuitée
Lit accompagnant	45 € par nuitée

PACK PRÉVENTION – BIEN ETRE ⁽⁵⁾

Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %
Médecines douces : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue exercées par des praticiens diplômés d'État ou d'une école reconnue par la profession ou agréée par le ministère de la Santé	30 €/consultation dans la limite de 2 consultations/an
Sevrage tabagique	-
Vaccin antigrippal	-
Contraception féminine sur prescription médicale	-
Equilibre alimentaire et produits diététiques sur prescription médicale	-
Ostéodensitométrie osseuse sur prescription médicale	-
Autres vaccins non remboursés sur prescription médicale	-

OPTIQUE ⁽⁵⁾ : A compter de la date d'acquisition : pour personne de 16 ans et plus renouvellement tous les 2 ans (sauf si changement de correction : renouvellement possible annuellement), pour les enfants de moins de 16 ans renouvellement annuel, pour les enfants de moins de 6 ans renouvellement semestriel. Renouvellement anticipé possible en cas de situation médicale particulière.

	Panier 100% santé * : classe A	Panier libre : classe B
Monture ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Cf. grille optique Formule 1
Verre simple ⁽¹⁾⁽⁶⁾		
Verre complexe ⁽¹⁾⁽⁶⁾		
Verre très complexe ⁽¹⁾⁽⁶⁾		100 %
Adaptation de la correction visuelle ⁽¹⁾		Non remboursable
Appairage de verres d'indice de réfraction différents ⁽¹⁾		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente
Supplément pour verres avec filtre ⁽¹⁾		
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) ⁽¹⁾	100 %	100 %
Lentilles prescrites	Forfait de 85 €/an	
Lentilles prescrites jetables acceptées	Forfait de 85 €/an au-delà remboursement du Ticket Modérateur	
Chirurgie réfractive	Forfait de 600 €/œil/an	

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

GRILLE OPTIQUE FORMULE 1 : Les montants exprimés incluent le remboursement de la Sécurité sociale
Grille optique ENFANT de moins de 16 ans (remboursement par verre)
Verre unifocal, Sphérique :

Sphère de -6 à +6	40 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	75 €
Sphère < -12 ou > +12	80 €

Verre unifocal, Sphérique-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	50 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6	50 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	70 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -6	80 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	90 €
Cylindre > +4 sphère < -6	100 €

Verre Multifocal ou progressif Sphérique :

Sphère de -4 à +4	105 €
Sphère < -4 ou > +4	115 €

Verre Multifocal ou progressif Sphéro-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, Sphère de -8 à 0	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	125 €
Cylindre > +4 sphère de -8 à 0	125 €
Sphère < -8	125 €
Monture	60 €

Grille optique ADULTE de plus de 16 ans (remboursement par verre)
Verre unifocal, Sphérique :

Sphère de -6 à +6	70 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	80 €
Sphère < -12 ou > +12	90 €

Verre unifocal, Sphérique-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	80 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -6	90 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	100 €
Cylindre > +4 sphère < -6	110 €

Verre Multifocal ou progressif Sphérique :

Sphère de -4 à +4	130 €
Sphère < -4 ou > +4	140 €

Verre Multifocal ou progressif Sphéro-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, Sphère de -8 à 0	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	150 €
Cylindre > +4 sphère de -8 à 0	150 €
Sphère < -8	150 €
Monture	80 €

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

DENTAIRE			
Soins dentaires sans dépassement ⁽¹⁾		100 %	
Soins dentaires avec dépassement ⁽¹⁾		150 %	
Inlay-Onlay ⁽¹⁾		150 %	
	Panier 100 % santé	Panier libre	Panier libre
		Remboursement limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à 125% BRSS pour les prothèses dentaires remboursées⁽⁹⁾	
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ : dents de sourire ⁽⁷⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	250 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	250 % ⁽⁹⁾
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ : dents de fond de bouche ⁽⁸⁾		175 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	175 % ⁽⁹⁾
Inlay core avec ou sans clavette ⁽¹⁾		150 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	150 % ⁽⁹⁾
Implantologie : couronne sur implant dents du sourire ⁽⁷⁾	-	250 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	250 %
Implantologie : couronne sur implant dents de fond de bouche ⁽⁸⁾	-	175 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	175 %
Orthodontie ⁽¹⁾ (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)		250 %	
Parodontologie		-	
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (couronne et pilier bridge sur dents non délabrées)		Forfait de 150 €/an	
Implantologie (racine et pilier implantaire)		Forfait de 500 €/an	
Orthodontie au-delà de 25 ans ⁽¹⁰⁾		-	
AUDIOLOGIE ⁽⁵⁾ : le renouvellement est possible tous les 4 ans et tient compte de l'antériorité sur les 4 dernières années.		Panier 100% santé*	Panier libre
Prothèses auditives ⁽¹⁾ bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité ⁽¹¹⁾		Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 450 €/oreille ⁽¹²⁾
Prothèses auditives ⁽¹⁾ bénéficiaire à compter du 21 anniversaire		Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 450 €/oreille ⁽¹²⁾
Consommables, piles ou accessoires ⁽¹⁾		100 %	

A législation constante : Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou de réajuster la part mutuelle si la part Assurance Maladie obligatoire venait à être modifiée. Notre formule est solidaire et responsable. Les garanties s'appliquent dans le respect du parcours de soins et dans les conditions prévues au règlement mutualiste. Les remboursements des garanties en % sont calculés à partir des tarifs fixés par la Sécurité sociale. Ces tarifs peuvent varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. Les garanties en % incluent le remboursement de la Sécurité sociale et celui de la mutuelle dans la limite des frais engagés. Les garanties en euros sont des forfaits par année civile et par personne protégée (sauf indication contraire), ils intègrent le ticket modérateur. Nos prestations sont délivrées dans la limite des frais réels et des tarifs plafonds des régimes obligatoires. BRSS : Base de Remboursement Reconstituée Sécurité sociale. - DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée proposé aux médecins (Optam, Optam-co). Le site annuaire.sante.ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un des dispositifs. - OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. - OPTAM-CO = option pratique tarifaire maîtrisée des spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. - Honoraires Limite de Facturation = Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés » - Panier 100% santé* : *Tels que définis réglementairement et visés aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier 100% santé, les remboursements se feront selon le niveau de garantie exprimé dans le panier maîtrisé ou libre - Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social.

(1) Accepté par la Sécurité sociale. (2) Pour les établissements non conventionnés la prise en charge est limitée au remboursement du Ticket Modérateur (3) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les MAS (maisons d'accueil spécialisées). (4) La chambre particulière par journée correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie avec admission et sortie le même jour (ambulatoire). (5) Se référer à la notice et/ou le règlement mutualiste (6) Tel que défini par la législation en vigueur. (7) dents du sourire : n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44 – (8) dents de fond de bouche : n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47, 48. (9) Remboursement limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à 125% BRSS pour les prothèses dentaires remboursées (10) le remboursement est réalisé par référence à la base de remboursement de Sécurité sociale reconstituée de la cote d'un TO90. (11) la cécité se définit comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. (12) Dans la limite du plafond de 1700 € par aide auditive : ticket modérateur et remboursement par l'assurance maladie obligatoire compris. (13) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE
SOINS COURANTS

Honoraires des généralistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	150 %
Honoraires des généralistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	130 %
Honoraires des spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	220 %
Honoraires des spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	200 %
Actes de spécialité (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	170 %
Actes de spécialité (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	150 %
Honoraires paramédicaux ⁽¹⁾	100 %
Médicaments ⁽¹⁾	100 %
Matériel médical ⁽¹⁾	200 %
Analyses et examens de biologie ⁽¹⁾	100 %
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	145 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	125 %
Transport prescrit ⁽¹⁾	100 %

HOSPITALISATION : MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE, PSYCHIATRIE en établissements conventionnés⁽²⁾

Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	220 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	200 %
Forfait patient urgence ⁽¹³⁾	Pas de reste à charge
Forfait hospitalier ⁽³⁾	Frais réels
Frais de séjour en établissement conventionné	200 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière ⁽⁴⁾	60 € par journée ou par nuitée
Lit accompagnant	60 € par nuitée

PACK PRÉVENTION – BIEN ETRE ⁽⁵⁾

Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %
Médecines douces : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue exercées par des praticiens diplômés d'État ou d'une école reconnue par la profession ou agréée par le ministère de la Santé	30 €/consultation dans la limite de 3 consultations/an
Sevrage tabagique	-
Vaccin antigrippal	-
Contraception féminine sur prescription médicale	-
Equilibre alimentaire et produits diététiques sur prescription médicale	-
Ostéodensitométrie osseuse sur prescription médicale	-
Autres vaccins non remboursés sur prescription médicale	-

OPTIQUE ⁽⁵⁾ : A compter de la date d'acquisition : pour personne de 16 ans et plus renouvellement tous les 2 ans (sauf si changement de correction : renouvellement possible annuellement), pour les enfants de moins de 16 ans renouvellement annuel, pour les enfants de moins de 6 ans renouvellement semestriel. Renouvellement anticipé possible en cas de situation médicale particulière.

	Panier 100% santé * : classe A	Panier libre : classe B
Monture ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Cf. grille optique Formule 2
Verre simple ⁽¹⁾⁽⁶⁾		
Verre complexe ⁽¹⁾⁽⁶⁾		
Verre très complexe ⁽¹⁾⁽⁶⁾		100 %
Adaptation de la correction visuelle ⁽¹⁾		Non remboursable
Appairage de verres d'indice de réfraction différents ⁽¹⁾		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente
Supplément pour verres avec filtre ⁽¹⁾		
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) ⁽¹⁾	100 %	100 %
Lentilles prescrites	Forfait de 100 €/an	
Lentilles prescrites jetables acceptées	Forfait de 100 €/an au-delà remboursement du Ticket Modérateur	
Chirurgie réfractive	Forfait de 700 €/œil/an	

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

GRILLE OPTIQUE FORMULE 2 : Les montants exprimés incluent le remboursement de la Sécurité sociale
Grille optique ENFANT de moins de 16 ans (remboursement par verre)
Verre unifocal, Sphérique :

Sphère de -6 à +6	50 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	85 €
Sphère < -12 ou > +12	90 €

Verre unifocal, Sphérique-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	70 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -6	90 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	100 €
Cylindre > +4 sphère < -6	110 €

Verre Multifocal ou progressif Sphérique :

Sphère de -4 à +4	115 €
Sphère < -4 ou > +4	125 €

Verre Multifocal ou progressif Sphéro-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, Sphère de -8 à 0	135 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	135 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	135 €
Cylindre > +4 sphère de -8 à 0	135 €
Sphère < -8	135 €
Monture	75 €

Grille optique ADULTE de plus de 16 ans (remboursement par verre)
Verre unifocal, Sphérique :

Sphère de -6 à +6	80 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	90 €
Sphère < -12 ou > +12	100 €

Verre unifocal, Sphérique-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	90 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6	90 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	90 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -6	100 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	110 €
Cylindre > +4 sphère < -6	120 €

Verre Multifocal ou progressif Sphérique :

Sphère de -4 à +4	140 €
Sphère < -4 ou > +4	150 €

Verre Multifocal ou progressif Sphéro-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, Sphère de -8 à 0	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	160 €
Cylindre > +4 sphère de -8 à 0	160 €
Sphère < -8	160 €
Monture	100 €

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

DENTAIRE			
Soins dentaires sans dépassement ⁽¹⁾		100 %	
Soins dentaires avec dépassement ⁽¹⁾		200 %	
Inlay-Onlay ⁽¹⁾		200 %	
	Panier 100 % santé	Panier libre	Panier libre
		Remboursement limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à 125% BRSS pour les prothèses dentaires remboursées⁽⁹⁾	
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ : dents de sourire ⁽⁷⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	300 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	300 % ⁽⁹⁾
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ : dents de fond de bouche ⁽⁸⁾		200 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	200 % ⁽⁹⁾
Inlay core avec ou sans clavette ⁽¹⁾		200 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	200 % ⁽⁹⁾
Implantologie : couronne sur implant dents du sourire ⁽⁷⁾	-	300 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	300 %
Implantologie : couronne sur implant dents de fond de bouche ⁽⁸⁾	-	200 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	200 %
Orthodontie ⁽¹⁾ (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)		300 %	
Parodontologie		Forfait de 200 €/an	
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (couronne et pilier bridge sur dents non délabrées)		Forfait de 200 €/an	
Implantologie (racine et pilier implantaire)		Forfait de 500 €/an	
Orthodontie au-delà de 25 ans ⁽¹⁰⁾		250 % de la BRRSS	
AUDIOLOGIE ⁽⁵⁾ : le renouvellement est possible tous les 4 ans et tient compte de l'antériorité sur les 4 dernières années.		Panier 100% santé*	Panier libre
Prothèses auditives ⁽¹⁾ bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité ⁽¹¹⁾		Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 600 €/oreille ⁽¹²⁾
Prothèses auditives ⁽¹⁾ bénéficiaire à compter du 21 anniversaire		Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 600 €/oreille ⁽¹²⁾
Consommables, piles ou accessoires ⁽¹⁾		100 %	

A législation constante : Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou de réajuster la part mutuelle si la part Assurance Maladie obligatoire venait à être modifiée. Notre formule est solidaire et responsable. Les garanties s'appliquent dans le respect du parcours de soins et dans les conditions prévues au règlement mutualiste. Les remboursements des garanties en % sont calculés à partir des tarifs fixés par la Sécurité sociale. Ces tarifs peuvent varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. Les garanties en % incluent le remboursement de la Sécurité sociale et celui de la mutuelle dans la limite des frais engagés. Les garanties en euros sont des forfaits par année civile et par personne protégée (sauf indication contraire), ils intègrent le ticket modérateur. Nos prestations sont délivrées dans la limite des frais réels et des tarifs plafonds des régimes obligatoires. BRRSS : Base de Remboursement Reconstituée Sécurité sociale. - DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée proposé aux médecins (Optam, Optam-co). Le site annuaire.sante.ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un des dispositifs. - OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. - OPTAM-CO = option pratique tarifaire maîtrisée des spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. - Honoraires Limite de Facturation = Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés » - Panier 100% santé* : *Tels que définis réglementairement et visés aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier 100% santé, les remboursements se feront selon le niveau de garantie exprimé dans le panier maîtrisé ou libre - Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. (1) Accepté par la Sécurité sociale. (2) Pour les établissements non conventionnés la prise en charge est limitée au remboursement du Ticket Modérateur (3) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les MAS (maisons d'accueil spécialisées). (4) La chambre particulière par journée correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie avec admission et sortie le même jour (ambulatorio). (5) Se référer à la notice et/ou le règlement mutualiste (6) Tel que défini par la législation en vigueur. (7) dents du sourire : n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44 – (8) dents de fond de bouche : n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47, 48. (9) Remboursement limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à 125% BRSS pour les prothèses dentaires remboursées (10) le remboursement est réalisé par référence à la base de remboursement de Sécurité sociale reconstituée de la cote d'un TO90. (11) la cécité se définit comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. (12) Dans la limite du plafond de 1700 € par aide auditive : ticket modérateur et remboursement par l'assurance maladie obligatoire compris. (13) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE
SOINS COURANTS

Honoraires des généralistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	220 %
Honoraires des généralistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	200 %
Honoraires des spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	300 %
Honoraires des spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	200 %
Actes de spécialité (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	170 %
Actes de spécialité (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	150 %
Honoraires paramédicaux ⁽¹⁾	100 %
Médicaments ⁽¹⁾	100 %
Matériel médical ⁽¹⁾	200 %
Analyses et examens de biologie ⁽¹⁾	100 %
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	170 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	150 %
Transport prescrit ⁽¹⁾	100 %

HOSPITALISATION : MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE, PSYCHIATRIE en établissements conventionnés⁽²⁾

Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	220 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	200 %
Forfait patient urgence ⁽¹³⁾	Pas de reste à charge
Forfait hospitalier ⁽³⁾	Frais réels
Frais de séjour en établissement conventionné	200 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière ⁽⁴⁾	90 € par journée ou par nuitée
Lit accompagnant	90 € par nuitée

PACK PRÉVENTION – BIEN ETRE ⁽⁵⁾

Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %
Médecines douces : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue exercées par des praticiens diplômés d'État ou d'une école reconnue par la profession ou agréée par le ministère de la Santé	30 €/consultation dans la limite de 4 consultations/an
Sevrage tabagique sur prescription médicale et facture acquittée	Forfait de 50 €/an
Vaccin antigrippal sur prescription médicale et facture acquittée	Frais réels plafonnés à 15 €/an
Contraception féminine sur prescription médicale et facture acquittée	Forfait de 50 €/an
Equilibre alimentaire et produits diététiques sur prescription médicale et facture acquittée	Forfait de 60 €/an
Ostéodensitométrie osseuse sur prescription médicale et facture acquittée	Forfait de 50 €/an
Autres vaccins non remboursés sur prescription médicale et facture acquittée	Forfait de 90 €/an

OPTIQUE ⁽⁵⁾ : A compter de la date d'acquisition : pour personne de 16 ans et plus renouvellement tous les 2 ans (sauf si changement de correction : renouvellement possible annuellement), pour les enfants de moins de 16 ans renouvellement annuel, pour les enfants de moins de 6 ans renouvellement semestriel. Renouvellement anticipé possible en cas de situation médicale particulière.

	Panier 100% santé * : classe A	Panier libre : classe B
Monture ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Cf. grille optique Formule 3
Verre simple ⁽¹⁾⁽⁶⁾		
Verre complexe ⁽¹⁾⁽⁶⁾		
Verre très complexe ⁽¹⁾⁽⁶⁾		100 %
Adaptation de la correction visuelle ⁽¹⁾		Non remboursable
Appairage de verres d'indice de réfraction différents ⁽¹⁾		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente
Supplément pour verres avec filtre ⁽¹⁾		
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) ⁽¹⁾	100 %	100 %
Lentilles prescrites	Forfait de 200 €/an	
Lentilles prescrites jetables acceptées	Forfait de 200 €/an au-delà remboursement du Ticket Modérateur	
Chirurgie réfractive	Forfait de 750 €/œil/an	

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

GRILLE OPTIQUE FORMULE 3 : Les montants exprimés incluent le remboursement de la Sécurité sociale
Grille optique ENFANT de moins de 16 ans (remboursement par verre)
Verre unifocal, Sphérique :

Sphère de -6 à +6	60 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	95 €
Sphère < -12 ou > +12	100 €

Verre unifocal, Sphérique-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	70 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6	70 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	70 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -6	100 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	110 €
Cylindre > +4 sphère < -6	120 €

Verre Multifocal ou progressif Sphérique :

Sphère de -4 à +4	125 €
Sphère < -4 ou > +4	135 €

Verre Multifocal ou progressif Sphéro-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, Sphère de -8 à 0	145 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	145 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	145 €
Cylindre > +4 sphère de -8 à 0	145 €
Sphère < -8	145 €
Monture	100 €

Grille optique ADULTE de plus de 16 ans (remboursement par verre)
Verre unifocal, Sphérique :

Sphère de -6 à +6	90 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	100 €
Sphère < -12 ou > +12	110 €

Verre unifocal, Sphérique-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	100 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6	100 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	100 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -6	110 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	120 €
Cylindre > +4 sphère < -6	130 €

Verre Multifocal ou progressif Sphérique :

Sphère de -4 à +4	160 €
Sphère < -4 ou > +4	170 €

Verre Multifocal ou progressif Sphéro-cylindrique :

Cylindre ≤ +4, Sphère de -8 à 0	180 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	180 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	180 €
Cylindre > +4 sphère de -8 à 0	180 €
Sphère < -8	180 €
Monture	100 €

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

DENTAIRE			
Soins dentaires sans dépassement ⁽¹⁾		100 %	
Soins dentaires avec dépassement ⁽¹⁾		200 %	
Inlay-Onlay ⁽¹⁾		200 %	
	Panier 100 % santé	Panier libre	Panier libre
		Remboursement limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à 125% BRSS pour les prothèses dentaires remboursées⁽⁹⁾	
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ : dents de sourire ⁽⁷⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	450 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	450 % ⁽⁹⁾
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ : dents de fond de bouche ⁽⁸⁾		350 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	350 % ⁽⁹⁾
Inlay core avec ou sans clavette ⁽¹⁾		200 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	200 % ⁽⁹⁾
Implantologie : couronne sur implant dents du sourire ⁽⁷⁾	-	450 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	450 %
Implantologie : couronne sur implant dents de fond de bouche ⁽⁸⁾	-	350 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	350 %
Orthodontie ⁽¹⁾ (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)		350 %	
Parodontologie		Forfait de 300 €/an	
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (couronne et pilier bridge sur dents non délabrées)		Forfait de 300 €/an	
Implantologie (racine et pilier implantaire)		Forfait de 500 €/an	
Orthodontie au-delà de 25 ans ⁽¹⁰⁾		250 % de la BRRSS	
AUDIOLOGIE ⁽⁵⁾ : le renouvellement est possible tous les 4 ans et tient compte de l'antériorité sur les 4 dernières années.		Panier 100% santé*	Panier libre
Prothèses auditives ⁽¹⁾ bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité ⁽¹¹⁾		Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 1000 €/oreille ⁽¹²⁾
Prothèses auditives ⁽¹⁾ bénéficiaire à compter du 21 anniversaire		Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 1000 €/oreille ⁽¹²⁾
Consommables, piles ou accessoires ⁽¹⁾		100 %	

A législation constante : Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou de réajuster la part mutuelle si la part Assurance Maladie obligatoire venait à être modifiée. Notre formule est solidaire et responsable. Les garanties s'appliquent dans le respect du parcours de soins et dans les conditions prévues au règlement mutualiste. Les remboursements des garanties en % sont calculés à partir des tarifs fixés par la Sécurité sociale. Ces tarifs peuvent varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. Les garanties en % incluent le remboursement de la Sécurité sociale et celui de la mutuelle dans la limite des frais engagés. Les garanties en euros sont des forfaits par année civile et par personne protégée (sauf indication contraire), ils intègrent le ticket modérateur. Nos prestations sont délivrées dans la limite des frais réels et des tarifs plafonds des régimes obligatoires. BRRSS : Base de Remboursement Reconstituée Sécurité sociale. - DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée proposé aux médecins (Optam, Optam-co). Le site annuaire.sante.ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un des dispositifs. - OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. - OPTAM-CO = option pratique tarifaire maîtrisée des spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. - Honoraires Limite de Facturation = Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés » - Panier 100% santé* : *Tels que définis réglementairement et visés aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier 100% santé, les remboursements se feront selon le niveau de garantie exprimé dans le panier maîtrisé ou libre - Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. (1) Accepté par la Sécurité sociale. (2) Pour les établissements non conventionnés la prise en charge est limitée au remboursement du Ticket Modérateur (3) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les MAS (maisons d'accueil spécialisées). (4) La chambre particulière par journée correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie avec admission et sortie le même jour (ambulatoire). (5) Se référer à la notice et/ou le règlement mutualiste (6) Tel que défini par la législation en vigueur. (7) dents du sourire : n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44 – (8) dents de fond de bouche : n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47, 48. (9) Remboursement limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à 125% BRSS pour les prothèses dentaires remboursées (10) le remboursement est réalisé par référence à la base de remboursement de Sécurité sociale reconstituée de la cote d'un TO90. (11) la cécité se définit comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. (12) Dans la limite du plafond de 1700 € par aide auditive : ticket modérateur et remboursement par l'assurance maladie obligatoire compris. (13) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE
SOINS COURANTS

Honoraires des généralistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	400 %
Honoraires des généralistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	200 %
Honoraires des spécialistes (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	450 %
Honoraires des spécialistes (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	200 %
Actes de spécialité (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	250 %
Actes de spécialité (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	200 %
Honoraires paramédicaux ⁽¹⁾	100 %
Médicaments ⁽¹⁾	100 %
Matériel médical ⁽¹⁾	200 %
Analyses et examens de biologie ⁽¹⁾	100 %
Radiologie, imagerie médicale (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	350 %
Radiologie, imagerie médicale (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽¹⁾	200 %
Transport prescrit ⁽¹⁾	100 %

HOSPITALISATION : MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE, PSYCHIATRIE en établissements conventionnés⁽²⁾

Honoraires des praticiens (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	525 %
Honoraires des praticiens (hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ⁽²⁾	200 %
Forfait hospitalier ⁽³⁾	Frais réels
Forfait patient urgence ⁽¹³⁾	Pas de reste à charge
Frais de séjour en établissement conventionné	300 %
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 %
Chambre particulière ⁽⁴⁾	130 € par journée ou par nuitée
Lit accompagnant	130 € par nuitée

PACK PRÉVENTION – BIEN ETRE ⁽⁵⁾

Actes de prévention (dans le cadre des contrats responsables)	100 %
Médecines douces : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue exercées par des praticiens diplômés d'État ou d'une école reconnue par la profession ou agréée par le ministère de la Santé	50 €/consultation dans la limite de 5 consultations/an
Sevrage tabagique sur prescription médicale et facture acquittée	Forfait de 100 €/an
Vaccin antigrippal sur prescription médicale et facture acquittée	Frais réels plafonnés à 70 €/an
Contraception féminine sur prescription médicale et facture acquittée	Forfait de 100 €/an
Equilibre alimentaire et produits diététiques sur prescription médicale et facture acquittée	Forfait de 60 €/an
Ostéodensitométrie osseuse sur prescription médicale et facture acquittée	Forfait de 100 €/an
Autres vaccins non remboursés sur prescription médicale et facture acquittée	Forfait de 100 €/an
Allocation maternité : en cas de naissance ou adoption	400 €
Allocation maternité : en cas de naissance gémellaire	800 €

OPTIQUE ⁽⁵⁾ : A compter de la date d'acquisition : pour personne de 16 ans et plus renouvellement tous les 2 ans (sauf si changement de correction : renouvellement possible annuellement), pour les enfants de moins de 16 ans renouvellement annuel, pour les enfants de moins de 6 ans renouvellement semestriel. Renouvellement anticipé possible en cas de situation médicale particulière.

	Panier 100% santé * : classe A	Panier libre : classe B
Monture ⁽¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Cf. grille optique Formule 4
Verre simple ^{(1) (6)}		
Verre complexe ^{(1) (6)}		
Verre très complexe ^{(1) (6)}		100 %
Adaptation de la correction visuelle ⁽¹⁾		Non remboursable
Appairage de verres d'indice de réfraction différents ⁽¹⁾		100 % dans la limite du Prix Limite de Vente
Supplément pour verres avec filtre ⁽¹⁾	100 %	100 %
Autres suppléments (prisme, système antiphtisie, verres iséiconiques) ⁽¹⁾		
Lentilles prescrites		Forfait de 350 €/an
Lentilles prescrites jetables acceptées		Forfait de 350 €/an au-delà remboursement du Ticket Modérateur
Chirurgie réfractive		Forfait de 1000 €/œil/an

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE
GRILLE OPTIQUE FORMULE 4 : Les montants exprimés incluent le remboursement de la Sécurité sociale
Grille optique ENFANT de moins de 16 ans (remboursement par verre)

Verre unifocal, Sphérique :	
Sphère de -6 à +6	75 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	120 €
Sphère < -12 ou > +12	125 €
Verre unifocal, Sphérique-cylindrique :	
Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	90 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6	90 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	90 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -6	125 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	140 €
Cylindre > +4 sphère < -6	150 €
Verre Multifocal ou progressif Sphérique :	
Sphère de -4 à +4	155 €
Sphère < -4 ou > +4	170 €
Verre Multifocal ou progressif Sphéro-cylindrique :	
Cylindre ≤ +4, Sphère de -8 à 0	180 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	180 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	180 €
Cylindre > +4 sphère de -8 à 0	180 €
Sphère < -8	180 €
Monture	100 €
Grille optique ADULTE de plus de 16 ans (remboursement par verre)	
Verre unifocal, Sphérique :	
Sphère de -6 à +6	115 €
Sphère de -6,25 à -12 ou de +6,25 à +12	125 €
Sphère < -12 ou > +12	140 €
Verre unifocal, Sphérique-cylindrique :	
Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6	125 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	125 €
Cylindre ≤ +4 sphère < -6	140 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	150 €
Cylindre > +4 sphère < -6	165 €
Verre Multifocal ou progressif Sphérique :	
Sphère de -4 à +4	200 €
Sphère < -4 ou > +4	215 €
Verre Multifocal ou progressif Sphéro-cylindrique :	
Cylindre ≤ +4, Sphère de -8 à 0	225 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	225 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	225 €
Cylindre > +4 sphère de -8 à 0	225 €
Sphère < -8	225 €
Monture	100 €

LES TAUX INCLUENT LE REMBOURSEMENT DU RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELUI DE LA MUTUELLE

DENTAIRE			
Soins dentaires sans dépassement ⁽¹⁾		100 %	
Soins dentaires avec dépassement ⁽¹⁾		200 %	
Inlay-Onlay ⁽¹⁾		200 %	
	Panier 100 % santé	Panier libre	Panier libre
		Remboursement limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à 125% BRSS pour les prothèses dentaires remboursées⁽⁹⁾	
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ : dents de sourire ⁽⁷⁾	Prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	550 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	550 % ⁽⁹⁾
Prothèses dentaires ⁽¹⁾ : dents de fond de bouche ⁽⁸⁾		450 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	450 % ⁽⁹⁾
Inlay core avec ou sans clavette ⁽¹⁾		250 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁹⁾	250 % ⁽⁹⁾
Implantologie : couronne sur implant dents du sourire ⁽⁷⁾	-	550 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	550 %
Implantologie : couronne sur implant dents de fond de bouche ⁽⁸⁾	-	450 % dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	450 %
Orthodontie ⁽¹⁾ (accord obtenu avant l'âge de 16 ans)		450 %	
Parodontologie		Forfait de 300 €/an	
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale (couronne et pilier bridge sur dents non délabrées)		Forfait de 300 €/an	
Implantologie (racine et pilier implantaire)		Forfait de 800 €/an	
Orthodontie au-delà de 25 ans ⁽¹⁰⁾		350 % de la BRRSS	

AUDIOLOGIE ⁽⁵⁾ : le renouvellement est possible tous les 4 ans et tient compte de l'antériorité sur les 4 dernières années.	Panier 100% santé*	Panier libre
Prothèses auditives ⁽¹⁾ bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité ⁽¹¹⁾	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 1000 €/oreille ⁽¹²⁾
Prothèses auditives ⁽¹⁾ bénéficiaire à compter du 21 anniversaire	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente	Forfait de 1000 €/oreille ⁽¹²⁾
Consommables, piles ou accessoires ⁽¹⁾		100 %

A législation constante : Votre mutuelle se réserve le droit de maintenir ou de réajuster la part mutuelle si la part Assurance Maladie obligatoire venait à être modifiée. Notre formule est solidaire et responsable. Les garanties s'appliquent dans le respect du parcours de soins et dans les conditions prévues au règlement mutualiste. Les remboursements des garanties en % sont calculés à partir des tarifs fixés par la Sécurité sociale. Ces tarifs peuvent varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. Les garanties en % incluent le remboursement de la Sécurité sociale et celui de la mutuelle dans la limite des frais engagés. Les garanties en euros sont des forfaits par année civile et par personne protégée (sauf indication contraire), ils intègrent le ticket modérateur. Nos prestations sont délivrées dans la limite des frais réels et des tarifs plafonds des régimes obligatoires. BRRSS : Base de Remboursement Reconstituée Sécurité sociale. - DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée proposé aux médecins (Optam, Optam-co). Le site annuaire.santé.ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'un des dispositifs. - OPTAM = option pratique tarifaire maîtrisée. - OPTAM-CO = option pratique tarifaire maîtrisée des spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique. - Honoraires Limite de Facturation = Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». - Panier 100% santé* : *Tels que définis réglementairement et visés aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale, si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier 100% santé, les remboursements se feront selon le niveau de garantie exprimé dans le panier maîtrisé ou libre - Prix Limite de Vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. (1) Accepté par la Sécurité sociale. (2) Pour les établissements non conventionnés la prise en charge est limitée au remboursement du Ticket Modérateur (3) Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et les MAS (maisons d'accueil spécialisées). (4) La chambre particulière par journée correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie avec admission et sortie le même jour (ambulatoire). (5) Se référer à la notice et/ou le règlement mutualiste (6) Tel que défini par la législation en vigueur. (7) dents du sourire : n° 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44 – (8) dents de fond de bouche : n° 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47, 48. (9) Remboursement limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à 125% BRSS pour les prothèses dentaires remboursées (10) le remboursement est réalisé par référence à la base de remboursement de Sécurité sociale reconstituée de la cote d'un TO90. (11) la cécité se définit comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. (12) dans la limite du plafond de 1700 € par aide auditive (ticket modérateur et remboursement Sécurité sociale compris). (13) Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.