

Les prestations du présent contrat respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

	Sécurité sociale incluse sauf forfait			
	CPI00	CPI25	CPI50	CP200
HOSPITALISATION⁽¹⁾				
Forfait journalier hospitalier				
Dans les établissements hospitaliers ou en cliniques	20 €/ jour	20 €/ jour	20 €/ jour	20 €/ jour
Dans le service psychiatrique d'un établissement de santé	15 €/ jour	15 €/ jour	15 €/ jour	15 €/ jour
Honoraires secteur conventionné DPTAM / NON DPTAM	100% BR / 100% BR	125% BR / 105% BR	150% BR / 130% BR	200% BR / 180% BR
Honoraires secteur non conventionné	100% BR	100% BR	130% BR	180% BR
Frais de séjour secteur conventionné	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Frais de séjour secteur non conventionné	100% BR	100% BR	130% BR	180% BR
Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire	non	31 €	40 €	46 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie	non	90/60/30 jours	90/60/30 jours	90/60/30 jours
Frais accompagnant (par jour)	non	31 €	40 €	46 €
Limitation : âge / durée	non	< 16 ans / 30 jours	< 16 ans / 30 jours	< 16 ans / 30 jours
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €	24 €	24 €	24 €	24 €
Transport	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, Visites, Généralistes, Spécialistes DPTAM / NON DPTAM	100% BR / 100% BR	125% BR / 105% BR	150% BR / 130% BR	200% BR / 180% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux DPTAM / NON DPTAM	100% BR / 100% BR	125% BR / 105% BR	150% BR / 130% BR	200% BR / 180% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseurs-kinésithérapeutes	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Médicaments				
Médicaments remboursés à 65% et 30%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15%	non	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical remboursé par le RO				
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT) ⁽²⁾	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU, DVO) ⁽²⁾	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII) ⁽²⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie (COR) ⁽²⁾	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR
OPTIQUE				
Un équipement (monture + 2 verres)				
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans le Règlement mutualiste.				
100% Santé - Équipement Classe A y compris suppléments applicables pour les verres avec filtres et prestations d'appairage dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)				
Monture + Verres	100% FR			
Offre Libre - Équipement Classe B				
Monture + 2 verres simples	50 €	90 €	135 €	175 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	125 €	125 €	150 €	200 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes	200 €	200 €	230 €	250 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)		
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Offre Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A		
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Offre Libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de Classe A et dans la limite de 100 €		
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)		
Autres prestations optiques				
Lentilles remboursées par le RO ⁽³⁾	100% BR			
Lentilles non remboursées par le RO	non	50 €	100 €	150 €
Chirurgie réfractive	non	100 €	200 €	300 €

Sécurité sociale incluse sauf forfait				
	CPI00	CPI25	CPI50	CP200

DENTAIRE

100% Santé - dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)				
Soins et Prothèses dentaires remboursés par le RO	100% FR			
Offre Modérée et Libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des Honoraires Limites de Facturation pour l'Offre Modérée				
Soins dentaires, parodontologie	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Inlay onlay, endodontie	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Inlay Core	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO				
Implantologie	non	100 € / an	120 € / an	140 € / an
Parodontologie non remboursée par le RO				
Orthodontie remboursée par le RO	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Plafond dentaire pour les prothèses, orthodontie remboursées par le RO et Inlay Core ⁽⁴⁾	1 000 €	1 200 €	1 500 €	2 000 €

AIDES AUDITIVES

Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de Classe II sont limitées à 1700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).

100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)				
Aides auditives de Classe I	100% FR			
Offre libre				
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO dont piles, accessoires et frais de réparation	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait prothèses auditives limité à 1 forfait pour 2 oreilles tous les 4 ans	non	260 €	325 €	400 €

PRÉVENTION

Dietéticien, ostéopathe, étio-pathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure ⁽⁵⁾	40 € par an et par bénéficiaire	110 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par bénéficiaire
Vaccins prescrits non remboursés par le RO				
Contraception				
Sevrage tabagique				
Cures Thermales prises en charge par le RO				
Frais d'établissement et d'honoraires	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR
Frais de transport et d'hébergement	100% BR	100 €	125 €	160 €
Examen de la densitométrie osseuse	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR
Vaccin anti-grippe	20 €	20 €	20 €	20 €
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

GARANTIES +

Soins inopinés effectués à l'étranger pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR
Maternité ⁽⁶⁾	6 mois de cotisations offertes pour le nouveau né			
Allocation obsèques (délai de carence de 9 mois)	Prise en charge de la cotisation familiale durant 6 mois			
Participation activités sportives ou intellectuelles	35 € / an, limitée à 2 bénéficiaires par contrat			

SERVICES

Assistance	oui	oui	oui	oui
Tiers Payant	oui	oui	oui	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui	oui	oui	oui
Bilan retraite complet à partir de 55 ans ⁽⁷⁾	Offert			

BR : Base de remboursement - RO : Régime Obligatoire - FR : Frais Réels - DPTAM : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Offre Modérée : actes auxquels des honoraires limites de facturation, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture

Offre Libre : possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des honoraires limites de facturation. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.

(2) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.

(3) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR.

(4) Le plafond dentaire exclut les soins, les actes non remboursés par le RO, l'offre 100% Santé et l'offre modérée. Au-delà du plafond, les autres actes seront remboursés à hauteur de 100% BR.

(5) Pour les actes effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

(6) Uniquement si inscription de l'enfant dans les 3 mois suivant la naissance.

(7) Suivi et accompagnement sur une durée maximum de 2 ans, hors régimes spéciaux.

Les cotisations sont fonction du régime d'assurance obligatoire, du département de résidence, de la composition familiale, de l'âge des bénéficiaires et la durée d'appartenance à la Mutuelle. L'âge est déterminé par différence de millésime. Gratuité à partir du 3ème enfant.

Ces exemples sont à titre informatif et n'ont pas de valeur contractuelle. Les calculs réalisés sont effectués au regard des informations connues à ce jour.

RÉGIME GÉNÉRAL	Prix moyen pratique ou tarif réglementé ⁽¹⁾	Remb. du RO	CP100		CP125		CP150		CP200	
			Remb. de la Mutuelle	Reste à charge	Remb. de la Mutuelle	Reste à charge	Remb. de la Mutuelle	Reste à charge	Remb. de la Mutuelle	Reste à charge
HOSPITALISATION										
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	24,00 €	83,30 €	91,93 €	15,38 €	107,30 €	0,00 €	107,30 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	24,00 €	159,30 €	37,59 €	145,72 €	105,51 €	77,79 €	183,30 €	0,00 €
SOINS COURANTS ⁽²⁾										
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM)	44,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €	16,50 €	7,50 €	23,00 €	1,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non DPTAM)	56,00 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €	8,05 €	32,85 €	13,80 €	27,10 €	25,30 €	15,60 €
OPTIQUE ⁽³⁾										
100% Santé - Équipement optique de Classe A (monture + verres) de verres simples	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	102,50 €	0,00 €	102,50 €	0,00 €	102,50 €	0,00 €
Offre libre - Équipement optique de Classe B (monture + verres) de verres simples	345,00 €	0,09 €	50,00 €	294,91 €	90,00 €	254,91 €	135,00 €	209,91 €	175,00 €	169,91 €
Équipement optique mixte : monture de Classe A + 2 verres simples de Classe B	230,00 €	5,46 €	50,00 €	174,54 €	90,00 €	134,54 €	135,00 €	89,54 €	175,00 €	49,54 €
Équipement optique mixte : monture de Classe B + 2 verres simples de Classe A	240,00 €	17,13 €	77,90 €	144,97 €	90,00 €	132,87 €	135,00 €	87,87 €	175,00 €	47,87 €
DENTAIRE										
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €
100% Santé - Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €
Offre modérée - Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70 €	84,00 €	36,00 €	418,70 €	96,00 €	358,70 €	156,00 €	298,70 €	216,00 €	238,70 €
Offre libre - Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	32,25 €	431,20 €	86,00 €	377,45 €	139,75 €	323,70 €	193,50 €	269,95 €
AIDES AUDITIVES										
100% Santé - Aide auditive de Classe I par oreille	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €
Offre libre - Aide auditive de Classe II par oreille	1 476,00 €	240,00 €	160,00 €	1 076,00 €	160,00 €	1 076,00 €	160,00 €	1 076,00 €	160,00 €	1 076,00 €

RO : Régime Obligatoire.

(1) Les exemples des actes 100% santé utilisent les Prix Limites de Vente (PLV), les autres actes utilisent les prix moyens nationaux.

(2) Prise en compte du montant forfaitaire de 1 € retenu sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin.

(3) Prix limite de vente des équipements de Classe A : verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes : 47,50 € / verre ; monture 30 €.

Prix moyen national pour les équipements de Classe B : verres unifocaux sphéro-cylindriques les plus fréquents pour des adultes : 100 € / verre ; monture 145 €. Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.

Ces exemples sont à titre informatif et n'ont pas de valeur contractuelle. Les calculs réalisés sont effectués au regard des informations connues à ce jour.

RÉGIME ALSACE-MOSELLE	Prix moyen pratique ou tarif réglementé ⁽¹⁾	Remb. du RO	CP100		CP125		CP150		CP200	
			Remb. de la Mutuelle	Reste à charge	Remb. de la Mutuelle	Reste à charge	Remb. de la Mutuelle	Reste à charge	Remb. de la Mutuelle	Reste à charge
HOSPITALISATION										
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	20,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	0,00 €	83,30 €	67,93 €	15,38 €	83,30 €	0,00 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non DPTAM) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	0,00 €	159,30 €	13,59 €	145,72 €	81,51 €	77,79 €	159,30 €	0,00 €
SOINS COURANTS ⁽²⁾										
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	21,50 €	2,50 €	1,00 €	2,50 €	1,00 €	2,50 €	1,00 €	2,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	26,00 €	3,00 €	1,00 €	3,00 €	1,00 €	3,00 €	1,00 €	3,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM)	44,00 €	26,00 €	3,00 €	15,00 €	10,50 €	7,50 €	17,00 €	1,00 €	17,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non DPTAM)	56,00 €	19,70 €	2,30 €	34,00 €	3,45 €	32,85 €	9,20 €	27,10 €	20,70 €	15,60 €
OPTIQUE ⁽³⁾										
100% Santé - Équipement optique de Classe A (monture + verres) de verres simples	125,00 €	33,75 €	91,25 €	0,00 €	91,25 €	0,00 €	91,25 €	0,00 €	91,25 €	0,00 €
Offre libre - Équipement optique de Classe B (monture + verres) de verres simples	345,00 €	0,14 €	50,00 €	294,87 €	90,00 €	254,87 €	135,00 €	209,87 €	175,00 €	169,87 €
Équipement optique mixte : monture de Classe A + 2 verres simples de Classe B	230,00 €	8,19 €	50,00 €	171,81 €	90,00 €	131,81 €	135,00 €	86,81 €	175,00 €	46,81 €
Équipement optique mixte : monture de Classe B + 2 verres simples de Classe A	240,00 €	25,70 €	69,35 €	144,96 €	90,00 €	124,31 €	135,00 €	79,31 €	169,31 €	45,00 €
DENTAIRE										
Détartrage	28,92 €	26,03 €	2,89 €	0,00 €	2,89 €	0,00 €	2,89 €	0,00 €	2,89 €	0,00 €
100% Santé - Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires	500,00 €	108,00 €	392,00 €	0,00 €	392,00 €	0,00 €	392,00 €	0,00 €	392,00 €	0,00 €
Offre modérée - Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires	538,70 €	108,00 €	12,00 €	418,70 €	72,00 €	358,70 €	132,00 €	298,70 €	192,00 €	238,70 €
Offre libre - Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	96,75 €	10,75 €	431,20 €	64,50 €	377,45 €	118,25 €	323,70 €	172,00 €	269,95 €
AIDES AUDITIVES										
100% Santé - Aide auditive de Classe I par oreille	950,00 €	360,00 €	590,00 €	0,00 €	590,00 €	0,00 €	590,00 €	0,00 €	590,00 €	0,00 €
Offre libre - Aide auditive de Classe II par oreille	1 476,00 €	360,00 €	40,00 €	1 076,00 €	40,00 €	1 076,00 €	40,00 €	1 076,00 €	40,00 €	1 076,00 €

RO : Régime Obligatoire.

(1) Les exemples des actes 100% santé utilisent les Prix Limites de Vente (PLV), les autres actes utilisent les prix moyens nationaux.

(2) Prise en compte du montant forfaitaire de 1 € retenu sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin.

(3) Prix limite de vente des équipements de Classe A : verres unifocaux, sphériques les plus fréquents pour des adultes : 47,50 € / verre ; monture 30 €.

Prix moyen national pour les équipements de Classe B : verres unifocaux sphéro-cylindriques les plus fréquents pour des adultes : 100 € / verre ; monture 145 €. Les exemples sont établis pour un profil-type : un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés.