

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. 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					
	MLH	MMH	MNH	MOH	MRH	MPH
<b>HOSPITALISATION<sup>(1)</sup></b>						
Forfait journalier hospitalier - établissement hospitalier public ou privé, psychiatrie, soins de suite et rééducation	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
Honoraires médicaux DPTAM / NON DPTAM	100% BR / 100% BR	125% BR / 100% BR	150% BR / 125% BR	175% BR / 150% BR	150% BR / 125% BR	200% BR / 175% BR
Frais de séjour secteurs conventionnés, non conventionnés et secteur réservé des hôpitaux	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR	200% BR
Chambre particulière <sup>(2)</sup> ou forfait ambulatoire	31 € / j	40 € / j	40 € / j	40 € / j	55 € / j	46 € / j
Lit accompagnant (par jour) (enfant de moins de 16 ans)	-	40 €	40 €	40 €	55 €	46 €
Transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>SOINS COURANTS</b>						
<b>Honoraires médicaux</b>						
Consultations, Visites, Généralistes, Spécialistes DPTAM / NON DPTAM	100% BR / 100% BR	125% BR / 100% BR	150% BR / 125% BR	175% BR / 150% BR	175% BR / 125% BR	200% BR / 175% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux DPTAM / NON DPTAM	100% BR / 100% BR	125% BR / 100% BR	150% BR / 125% BR	175% BR / 150% BR	150% BR / 125% BR	200% BR / 175% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseurs-kinésithérapeutes	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	150% BR	200% BR
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	150% BR	200% BR
<b>Médicaments</b>						
Médicaments remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés par le RO ou automédication	30 €	40 €	50 €	70 €	75 €	90 €
<b>Matériel médical remboursé par le RO</b>						
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT) <sup>(3)</sup>	100% BR + 160 €	100% BR + 180 €	100% BR + 200 €	100% BR + 220 €	100% BR + 300 €	100% BR + 240 €
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU) <sup>(3)</sup>	100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII) <sup>(3)</sup>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie (COR, DVO) <sup>(3)</sup>	100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement	100% BR + 50% du dépassement
<b>OPTIQUE</b>						
<b>Un équipement (monture + 2 verres)</b>						
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.						
<b>Panier de soins 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)</b>						
Monture + Verres	100% FR					
<b>Panier de soins libre - Équipement Classe B</b>						
Monture + 2 verres	200 €	253 €	320 €	390 €	425 €	440 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres isoconiques, verres à filtre)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Équipement mixte</b>	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)				
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A				
<b>Équipement mixte</b>	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins 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)				
<b>Autres prestations optiques</b>						
Lentilles remboursées ou non par le RO <sup>(4)</sup>	100 €	125 €	150 €	175 €	175 €	200 €
Chirurgie	200 €	253 €	320 €	390 €	400 €	440 €

	Sécurité sociale incluse sauf forfait					
	MLH	MMH	MNH	MOH	MRH	MPH
<b>DENTAIRE</b>						
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Panier de soins 100% Santé - Prothèses dentaires dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)</b>	Aucun reste à charge					
<b>Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré</b>						
Inlay / Onlay Inlay core	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR	350% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR	350% BR	400% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	-	100 €	120 €	140 €	120 €	160 €
Implantologie (implant + pilier)						
Orthodontie remboursée par le RO	200% BR	250% BR	300% BR	400% BR	350% BR	400% BR
<i>Plafond dentaire pour le panier de soins modéré et libre, inlay onlay, inlay core, les prothèses et l'orthodontie remboursées par le RO<sup>(5)</sup></i>	460 €	930 €	1 380 €	1 830 €	2 000 €	2 200 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>						
<b>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).</b>						
<b>Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)</b>						
Aides auditives de Classe I	100% FR					
<b>Panier de soins libre</b>						
Aides auditives de Classe II remboursées ou non par le RO (forfait par oreille)	100% BR + 299 €	100% BR + 403 €	100% BR + 598 €	100% BR + 793 €	100% BR + 800 €	100% BR + 910 €
Piles, accessoires, frais de réparation audioprothèses remboursées par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>PRÉVENTION</b>						
Diététicien, ostéopathe <sup>(6)</sup>	15 € (1 fois / an)	15 € (2 fois / an)	20 € (2 fois / an)	25 € (2 fois / an)	20 € (2 fois / an)	25 € (3 fois / an)
Pédicure-podologue <sup>(6)</sup>	20 €	30 €	30 €	35 €	30 €	40 €
<b>Cures Thermales</b>						
Frais de traitement et d'honoraires remboursés par le RO	230 €	310 €	310 €	390 €	400 €	420 €
Frais de voyage et d'hébergement						
Examen de la densitométrie osseuse non remboursé par le RO (tous les 3 ans)	20 €	30 €	30 €	35 €	30 €	60 €
Vaccin anti-grippe	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	150% BR	200% BR
<b>GARANTIES +</b>						
Naissance ou adoption	-	190 €	190 €	190 €	190 €	190 €
Allocation obsèques pour le décès de l'adhérent ou du conjoint (délai de carence de 10 mois) <sup>(7)</sup>	400 €	540 €	540 €	540 €	540 €	540 €
<b>Participation activités sportives ou intellectuelles</b>	35 € / an, limitée à 2 bénéficiaires par contrat					
<b>SERVICES</b>						
Assistance	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation : Contacter un médecin 24h/24, 7j/7	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Tiers Payant	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Protection Juridique Santé	En complément de votre contrat Santé (0,95 € / mois)					

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. **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

**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) Durée illimitée en hospitalisation chirurgicale et limitée, par année civile, à 90 jours, en hospitalisation médicale et en soins de suite dont 30 jours en psychiatrie.

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

(4) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR pour les lentilles remboursées par le RO.

(5) Le plafond dentaire exclut les remboursements de prestations exprimées en euros ou pour lesquelles le tarif est opposable (sans dépassement d'honoraires possible). Au-delà du plafond, les autres actes seront remboursés à hauteur de 100% BR.

(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

(7) Dont les droits à l'allocation décès ne sont pas ouverts auprès de la Sécurité sociale des Mines.

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.



RÉGIME MINIER				MLH	MMH	MNH	MOH	MRH	MPH						
Contrat d'assurance santé responsable <sup>(2)</sup>	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) <sup>(3)</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>DENTAIRE</b>															
<b>Soins et prothèses 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)</b>	<b>Prix moyen national</b>														
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00 €	120,00 €	120,00 €	380,00 €	0,00 €	380,00 €	0,00 €	380,00 €	0,00 €	380,00 €	0,00 €	380,00 €	0,00 €	380,00 €	0,00 €
<b>Soins (hors 100% santé)</b>	<b>Tarif de convention</b>														
Détartrage	43,38 €	43,38 €	43,38 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<b>Prothèses (hors 100% santé)</b>	<b>Prix moyen national</b>														
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	120,00 €	120,00 €	120,00 €	297,48 €	180,00 €	237,48 €	240,00 €	177,48 €	360,00 €	57,48 €	300,00 €	117,48 €	360,00 €	57,48 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	<b>Prix moyen national</b>														
Traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	333,00 €	290,25 €	236,25 €	387,00 €	139,50 €	526,50 €	0,00 €	483,75 €	42,75 €	526,50 €	0,00 €
<b>OPTIQUE</b>															
<b>Équipement 100% santé - Classe A (dans la limite des prix limites de vente)</b>	<b>Prix moyen national</b>														
Verres simples et monture	41,00 €/verre Monture : 30,00 €	12,75 €/verre Monture : 9,00 €	34,50 €	77,50 €	0,00 €	77,50 €	0,00 €	77,50 €	0,00 €	77,50 €	0,00 €	77,50 €	0,00 €	77,50 €	0,00 €
Verres progressifs et monture	90,00 €/verre Monture : 30,00 €	27,00 €/verre Monture : 9,00 €	63,00 €	147,00 €	0,00 €	147,00 €	0,00 €	147,00 €	0,00 €	147,00 €	0,00 €	147,00 €	0,00 €	147,00 €	0,00 €
<b>Équipement hors 100% santé - Classe B</b>	<b>Prix moyen national</b>														
Verres simples et monture	100,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,09 €	200,00 €	138,91 €	253,00 €	85,91 €	299,91 €	39,00 €	299,91 €	39,00 €	299,91 €	39,00 €	299,91 €	39,00 €
Verres progressifs et monture	231,00 €/verre Monture : 139,00 €	0,05 €/verre Monture : 0,05 €	0,09 €	200,00 €	400,91 €	253,00 €	347,91 €	320,00 €	280,91 €	390,00 €	210,91 €	425,00 €	175,91 €	440,00 €	160,91 €
<b>Lentilles (non remboursées par le RO)</b>	<b>Prix moyen national</b>														
Forfait annuel	Non connu	Non remboursé	0,00 €	100,00 €	Selon frais engagés	125,00 €	Selon frais engagés	175,00 €	Selon frais engagés	175,00 €	Selon frais engagés	175,00 €	Selon frais engagés	200,00 €	Selon frais engagés
<b>Chirurgie réfractive</b>	<b>Prix moyen national</b>														
Opération corrective de la myopie	Non connu	Non remboursée	0,00 €	200,00 €	Selon frais engagés	253,00 €	Selon frais engagés	320,00 €	Selon frais engagés	390,00 €	Selon frais engagés	400,00 €	Selon frais engagés	440,00 €	Selon frais engagés
<b>AIDES AUDITIVES</b>															
<b>Équipement 100% santé (dans la limite des prix limites de vente)</b>	<b>Prix moyen national</b>														
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	400,00 €	550,00 €	0,00 €	550,00 €	0,00 €	550,00 €	0,00 €	550,00 €	0,00 €	550,00 €	0,00 €	550,00 €	0,00 €
<b>Équipement hors 100% santé</b>	<b>Prix moyen national</b>														
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 476,00 €	400,00 €	400,00 €	299,00 €	777,00 €	403,00 €	673,00 €	598,00 €	478,00 €	793,00 €	283,00 €	800,00 €	276,00 €	910,00 €	166,00 €

#### Régime Obligatoire

(1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

(2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prises en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

(3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un pourcentage de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contactuels qui seuls engagent l'organisme complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance maladie complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>).