

## TABLEAU DE GARANTIE COLLECTIVITES TERRITORIALES AVEC PARTICIPATION

SOINS COURANTS	BLEUET	COQUELICOT	JONQUILLE	LYS	ORCHIDEE
	AMO + AMC	AMO + AMC	AMO + AMC	AMO + AMC	AMO + AMC
<b>Consultation et Visite de Généraliste</b> • Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup> • NON-Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup>	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	150% BR 130% BR	200% BR 180% BR	200% BR 180% BR
<b>Consultation de Spécialiste</b> • Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup> • NON-Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup>	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	175% BR 155% BR	300% BR 200% BR	350% BR 200% BR
<b>Actes en ADI (radio), ADE (écho), ATM (acte en médicaux) ADC (Acte de chirurgie hors hospitalisation)</b> • Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup> • Non-Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup>	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	150% BR 130% BR	200% BR 180% BR	200% BR 180% BR
<b>Auxiliaire Médicaux</b> (Orthophonie, Orthoptie, Infirmière, Kinésithérapeute...)	100% BR	100% BR	150% BR	190% BR	190% BR
• <b>Laboratoire</b> pris en charge par l'AMO • <b>Laboratoire</b> refusés par l'AMO forfait par année civile	100% BR NEANT	100% BR NEANT	150% BR 50,00 €	190% BR 50,00 €	190% BR 50,00 €
<b>Pharmacie et Vaccins</b> remboursée par l'AMO 15% vignette orange	100% BR 85% BR	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR
<b>Franchise Actes Techniques</b> (si coefficient du K ≥ 50 ou acte dont le tarif est ≥ à 120 €)	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €
<b>Appareillage et /ou Orthopédie</b> (Hors Dentaire et acoustique) pris en charge par l'AMO	100% BR limité à 1500 € par appareil	170% BR limité à 1 500 € par appareil	210% BR limité à 1 700 € par appareil	260% BR limité à 2 000 € par appareil	260% BR limité à 2 000 € par appareil
<b>HOSPITALISATION</b> établissement conventionné et non conventionné					
<b>Frais de Séjours</b> - Médicale (DMT 101) - Chirurgicale (DMT 137) - Maternité (DMT 183)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Frais de Séjours</b> en établissements spécialisés si pris en charge par l'AMO - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Forfait journalier illimité</b> (à l'exception des établissements Médico-Sociaux) - Médecine (DMT 101) - Chirurgie (DMT 137) - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230)	20 € en médecine 20 € en chirurgie 15 € en psychiatrie	20 € en médecine 20 € en chirurgie 15 € en psychiatrie	20 € en médecine 20 € en chirurgie 15 € en psychiatrie	20 € en médecine 20 € en chirurgie 15 € en psychiatrie	20 € en médecine 20 € en chirurgie 15 € en psychiatrie
<b>Honoraires des Praticiens forfait</b> par année civile • Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup> • NON-Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup>	100% BR 100% BR	150% BR limité à 200 €/an 130% BR limité à 200 €/an	200% BR limité à 400 €/an 180% BR limité à 400 €/an	250% BR limité à 600 €/an 200% BR limité à 600 €/an	300% BR 200% BR
<b>Chambre Particulière</b> 60 jours par année civile - Médecine (DMT 101) - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230) - Chirurgie (DMT 137) - Maternité (DMT 183)	NEANT	50 € par jour	60 € par jour	70 € par jour	80 € par jour
<b>Franchise Actes Techniques</b> (si coefficient du K ≥ 50 ou acte dont le tarif est ≥ à 120 €)	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €
<b>Forfait Patient URGENCE</b>	19,61 €	19,61 €	19,61 €	19,61 €	19,61 €
<b>Frais Accompagnant</b> enfant moins de 16 ans ou enfant handicapé 60 jours par année civile	NEANT	30 € par jour	40 € par jour	50 € par jour	60 € par jour
<b>Forfait Maternité ou Adoption</b> par enfant sous réserve de l'adhésion de(s) l'enfant(s) à la mutuelle	NEANT	250 € par enfant	300 € par enfant	350 € par enfant	400 € par enfant
<b>Transport</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Télévision</b> forfait par hospitalisation dans la limite des dépenses engagées	NEANT	45 €	45 €	45 €	45 €
<b>DENTAIRE</b>					
<b>Consultation et Soins dentaires</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	170% BR	200% BR	250% BR
• <b>Parodontologie</b> pris en charge par l'AMO • <b>Endodontologie</b> pris en charge par l'AMO	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR	100% BR 100% BR
<b>Orthodontie</b> pris en charge par l'AMO par semestre de date en date	100% BR	200% BR	250% BR	300% BR	350% BR

<b>PANIER A - 100% SANTÉ- dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)<sup>1</sup></b>					
<b>Prothèses dentaires du PANIER A (remboursement intégral)</b>	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>PANIER B Maîtrisé et PANIER C LIBRE : dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)<sup>1</sup></b>					
(Plafond annuel dentaire par année civile et limité Hors remboursement Sécurité Sociale et soins dentaire. Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% du tarif de responsabilité <sup>2</sup> .		Plafond annuel dentaire limité à 2 000 €	Plafond annuel dentaire limité à 2 500 €	Plafond annuel dentaire limité à 2 996 €	Plafond annuel dentaire limité à 3 000 €
<b>Inlay-Onlay, Inlay-Core, Couronne dentaire transitoire, Réparation prothèse</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	150% BR	150% BR	200% de BR	200% de BR
<b>Couronne dentaire, Bridges, Prothèses amovibles</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	270% BR	350% BR	400% de BR	500% de BR
<b>Prothèse dentaire</b> refusée par l'AMO notifié à la nomenclature	NEANT	NEANT	150 € par dent	150 € par dent	250 € par dent
<b>Implantologie</b> • <b>Implant</b> non remboursé par l'AMO (par implants et par année civile) • <b>Couronne dentaire implantoportée</b> pris en charge par l'AMO	NEANT 100% BR	NEANT 270% BR	250 €/ 2 implants 350% BR	400 €/ 2 implants 400% BR	450 €/ 3 implants 500% BR
<b>OPTIQUE</b> - 1 équipement correspond à (1 monture et 2 verres) <sup>9</sup> les remboursements s'entendent par verre, tous les 2 ans (date d'achat) sauf avis médical et enfant moins de 16 ans <sup>9</sup>					
<b>PANIER CLASSE A - 100% SANTÉ - dans la limite des Honoraires de facturations (PLV)<sup>1</sup></b>					
<b>Monture + verres + suppléments panier 100% santé (remboursement intégral)</b>	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>PANIER CLASSE B LIBRE : Equipement pris en charge par l'AMO (Forfait par verre)</b>					
<b>Monture<sup>4</sup> (100 € maximum )</b>	100% BR + 60 €	100% BR + 70 €	100% + 99,95 €	100% + 99,95 €	100% + 99,95 €
<b>Verre simple<sup>5</sup></b>	100% BR + 65 €	100% BR + 65 €	100% BR + 100 €	100% BR + 150 €	100% BR + 150 €
<b>Verre complexe<sup>6</sup></b>	100% BR + 65 €	100% BR + 65 €	100% BR + 100 €	100% BR + 150 €	100% BR + 200 €
<b>Verre très complexe<sup>7</sup></b>	100% BR + 65 €	100% BR + 65 €	100% BR + 100 €	100% BR + 150 €	100% BR + 200 €
<b>Prestations supplémentaires optiques<sup>8</sup></b>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Lentilles</b> Remboursées par l'AMO ou Refusées par l'AMO Forfait par année civile	100% BR + 30 €	100% BR + 80 €	100% BR + 100 €	100% BR + 170 €	100% BR + 200 €
<b>Kératotomie</b> (chirurgie réfractive de l'œil) et implants multifocaux forfait par œil	NEANT	100 € par œil	200 € par œil	300 € par œil	400 € par œil
<b>APPAREILLAGE AUDITIF</b> pris en charge par l'AMO 1 équipement tous les 4 ans					
<b>PANIER CLASSE I 100% SANTÉ - dans la limite du prix de vente (PLV)<sup>1</sup></b>					
<b>Appareil auditif</b> (limité à 2 appareils par année civile et tous les 4 ans)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>Panier CLASSE II LIBRE – dans la limite du prix de vente (PLV) 1 Plafond de 1 700 € par aide auditive</b>					
<b>Prothèses Auditives</b> pris en charge par l'AMO Forfait par oreille et par année civile (limité 2 appareils par année civile)	100% BR	100% BR + 360 €	100% BR + 460 €	100% BR + 560 €	100 % BR + 900 €
<b>Piles – Entretien et réparation</b>	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>ACTE DE PREVENTION</b>					
Tous les <b>actes de prévention</b> prévus dans la liste au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et par l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• <b>Cure Thermale</b> pris en charge par l'AMO • <b>Forfait Hébergement Cure</b> Forfait par année civile	100% BR NEANT	100% BR 121,96 €	100% BR 175 €	100% BR 250 €	100% BR 275 €
<b>Ostéodensitométrie</b> pris en charge par l'AMO (1 acte tous les 3 ans)	10 € par acte	20 € par acte	30 € par acte	40 € par acte	40 € par acte
<b>Ostéopathe, Chiropracteur, Etiopathe, Pédicure</b>	NEANT	25 € par séance 2 actes par an	30 € par séance 3 actes par an	35 € par séance 4 actes par an	40 € par séance 4 actes par an
<b>Pharmacie non remboursée</b> (sur prescription médicale), <b>Patch anti-tabac, Pilule</b> non remboursée, <b>Vaccins</b> refusés par l'AMO Forfait par année civile	15,24 € par vaccin	50 € par an	75 € par an	100 € par an	125 € par an
<b>Soins à l'étranger</b> pris en charge par l'AMO et selon garantie souscrite	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

<sup>1</sup> HLF : Honoraire limite de facturation précisée par décret PLV Prix limite de vente Précisée par décret

<sup>2</sup> Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement

<sup>3</sup> OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (anciennement CAS = Contrat d'Accès aux Soins) / OPTAM CO = OPTAM pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique / Dispositifs mis en place par l'Assurance Maladie pour limiter les dépassements d'honoraires. Pour savoir si votre médecin est signataire, contactez la Sécurité sociale au 3646 ou consultez [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr)

FR : Frais Réels BR : Base de Remboursement Sécurité Sociale AMO : Assurance Maladie Obligatoire AMC : Assurance Maladie Complémentaire

Les majorations et/ou les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

Tous nos Forfaits sont par année civile sauf l'optique, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de l'AMO dans la limite de la formule choisie.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant réel en euros (contrat responsable en application de la loi N°2004-810 du 13 août 2004) pour les soins Hors parcours, la majoration du ticket modérateur, la franchise de 8,00 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévue à l'art. L322-2 du code de la sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N°2005-1226 du 29 septembre 2005.

## COMPLEMENT D'INFORMATION

### OPTIQUE

<sup>4</sup> Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et conformément à la réforme « 100% santé », le forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100,00 € dans le cadre d'un équipement de Classe B et ne pourra pas excéder 30,00 € pour un équipement de Classe A sans reste à charge pour les assurés.

Les assurés pourront choisir des équipements différents, **Premier cas** une monture en Classe B aux prix libres (le remboursement sera plafonné à 100€) et des verres en Classe A (sans reste à charge), **Deuxième cas** une monture en Classe A (le remboursement des montures sera plafonné à 30€ sans reste à charge) et des verres aux prix libres Classe B (avec du reste à charge pour l'assuré).

<sup>5</sup> **Verres simple** - verres unifocaux sphère entre - 6,00 et + 6,00

- Ou verres unifocaux cylindre < ou égal +4,00 et sphère -6,00 à 0
- Ou verres unifocaux sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égal à 6,00

<sup>6</sup> **Verres complexes** - autres verres unifocaux

- Ou verres multifocaux ou progressifs sphère de - 4,00 à + 4,00
- Ou verres multifocaux ou progressifs cylindre < ou égal à +4,00 et sphère de 8,00 à 0
- Ou verres multifocaux ou progressifs sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égal à 8,00

<sup>7</sup> **Verres très complexes** - autres verres multifocaux ou progressifs

<sup>8</sup> **Les Suppléments Optique** sont pris intégralement dans le Panier A 100% santé et dans le Panier B à 100% BR.

Les suppléments sont : L'Adaptation de la correction visuel, L'Appairage, Les Verres avec filtre, Et Autres (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques).

<sup>9</sup> **Conditions générales de renouvellement des équipements conformément à l'annexe 4 de la circulaire du 29 mai 2019**

- **Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement
- **Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- **Pour les enfants jusqu'à 6 ans**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

**Les différents délais** s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier équipement concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

### DENTAIRE

**Les prothèses dentaires du 100% santé**

- **Couronnes céramiques monolithique et céramo-métalliques** sur les dents visibles (incisives, canines et 1er prémolaire)
- **Couronnes céramiques monolithiques zircons** (incisives et canines) ;
- **Couronnes métalliques** toutes localisations.
- **Inlays Core et couronnes transitoires** ;
- **Bridges céramo-métalliques** (incisives et canines) ; **bridges full zircon** et métalliques toutes localisations ;

**Le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste** est tenu de vous en informer préalablement au moyen de **2 devis écrit** que vous signerez, éventuellement, pour acceptation.

- Un devis dans le RAC 0
- Un devis dans le panier maîtrisé ou le panier libre

**Chaque devis doit comporter, notamment, les éléments suivants :**

- la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ;
- le montant des honoraires correspondant au traitement ;
- le montant remboursé par l'Assurance Maladie.

**Ces devis seront à transmettre à la mutuelle pour acceptation, sans devis et si le praticien ne respecte pas les plafonds du « 100% santé la mutuelle se réserve le droit de refuser le remboursement à l'assuré »**