

**Le 100% santé : C'est une offre qui vous permet d'accéder à des Lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualités, prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale et la Complémentaire Santé. Cette réforme est inscrite dans l'article 51 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité Sociale pour 2019 et précisée par plusieurs textes d'application, décrets et arrêté. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ses paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.**

SOINS COURANTS	BASIC AMO + AMC	ZEN AMO + AMC	OPTIUM AMO + AMC
<b>Consultation et Visites de Généralistes</b> Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup> NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup>	100% BR 100% BR	220% BR 200% BR	370% BR 200% BR
<b>Consultation de Spécialistes</b> Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup> NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup>	100% BR 100% BR	220% BR 200% BR	370% BR 200% BR
<b>Téléconsultation MEDAVIZ (30 spécialités joignables en permanence inclus dans votre contrat).</b>  <b>09 73 03 02 66</b>	Offert	Offert	Offert
<b>Acte en ADI (Radio), ADE (Échographie), ATM (Acte Technique Médical)</b> Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup> NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup>	100% BR 100% BR	220% BR 200% BR	370% BR 200% BR
<b>Auxiliaires Médicaux.</b> (Orthophonie, Orthoptie, Infirmière, Kinésithérapeute...)	100% BR	210% BR	360% BR
<b>Analyses Médicales</b> pris en charge par l'AMO <b>Analyses Médicales</b> Hors Nomenclature forfait par année civile	100% BR NEANT	210% BR 50 €	360% BR 50 €
<b>Pharmacie et Vaccin</b> pris en charge par l'AMO <b>Vignette Orange 15%</b>	100% BR 80% BR	100% BR	100% BR
<b>APPAREILLAGE (Hors Dentaire et acoustique) accepté par la Sécurité Sociale</b>			
<b>Appareillage et /ou Orthopédie</b> pris en charge par l'AMO <i>forfait par année civile</i>	170% BR Limité à 1 500 € par appareil	210% BR Limité à 1 700 € par appareil	260% BR Limité à 2 000 € par appareil
<b>HOSPITALISATION</b> Etablissement conventionné et non conventionné			
<b>Frais de Séjours</b> si pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Frais de Séjours</b> en établissements spécialisés si pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Forfait journalier illimité</b> <b>(Exception des établissements Médico-Sociaux)</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Honoraires des Praticiens</b> - Forfait par année civile Signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO <sup>3</sup> NON signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO <sup>3</sup>	230% BR / limité à 300 € 200% BR / limité à 300 €	300% BR / limité à 600€ 200% BR / limité à 600 €	400% BR / limité à 1 000 € 200 % BR / limité à 1000 €
<b>Chambre Particulière</b> limitée à 30 jours par an (Médecine, Chirurgie, Maison de Repos, Rééducation, Psychiatrie, Maternité)	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 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Forfait Patient URGENCES</b> (Acte en FPV et FPU)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>Frais Accompagnant</b> enfant moins de 16 ans ou enfant handicapé 30 jours par année civile	30 par jour	50 € par jour	70 € par jour
<b>Forfait Maternité ou Adoption</b> par enfant sous réserve de l'adhésion de(s) l'enfant(s) à la mutuelle	250 € par Enfant	300 € par Enfant	350 € par Enfant
<b>Transport</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Télévision</b> 30 jours par hospitalisation (sous réserve que la facture soit envoyée dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hospitalisation)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>COGEMUT FilAssistance</b> assistance à domicile après hospitalisation (voir conditions)  <b>09 77 40 85 36</b>	OUI	OUI	OUI
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Consultation et Soins dentaires</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	170% BR	270% BR
<b>Parodontologie</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Endodontologie</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Orthodontie</b> pris en charge par l'AMO <i>forfait par semestre de date en date</i>	200% BR	250% BR	400% BR
<b>PANIER A - 100% SANTÉ</b> 	<b>Frais Réels</b>	<b>Frais Réels</b>	<b>Frais Réels</b>

<b>PANIER B Maîtrisé et PANIER LIBRE : dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)<sup>1</sup></b> (Plafond annuel dentaire <sup>2</sup> pour les garanties BASIC et ZEN limité à 2 000 € par année civile et limité 3 000 € pour la garantie OPTIUM Hors remboursement Sécurité Sociale et soins dentaire. Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% du tarif de responsabilité.			
Inlay-Onlay pris en charge par l'AMO	125% BR	200% BR	270% BR
Inlay-Core par acte pris en charge par l'AMO	125% BR	150% BR	180% BR
Couronne dentaire transitoire pris en charge par l'AMO	125% BR	200% BR	270% BR
Couronne dentaire pris en charge par l'AMO Bridges pris en charge par l'AMO Prothèses amovibles pris en charge par l'AMO	270% BR	400% BR	600% BR
Réparation prothèse pris en charge par l'AMO	125% BR	200% BR	270% BR
Implantologie • Implant non remboursé par l'AMO forfait par implant et par année civile • Couronne dentaire implantoportée prise en charge par l'AMO	NEANT 270% BR	250 € / 2 implants 400% BR	400 € / 3 implants 600% BR
<b>OPTIQUE - Un équipement correspond à (1 monture et 2 verres) 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>			
<b>PANIER CLASSE A - 100% SANTÉ (Monture et verres)</b> 	<b>Frais Réels</b>	<b>Frais Réels</b>	<b>Frais Réels</b>
<b>PANIER CLASSE B LIBRE Equipement pris en charge par l'AMO (Forfait par verre)</b>			
Monture <sup>4</sup>	60% BR + 70 €	60% BR + 80 €	60% BR + 100 €
Verre A simple <sup>5</sup>	60% BR + 65 €	60% BR + 110 €	60% BR + 125 €
Verre C complexe <sup>6</sup>	60% BR + 65 €	60% BR + 120 €	60% BR + 150 €
Verre F très complexe <sup>7</sup>	60% BR + 75 €	60% BR + 135 €	60% BR + 200 €
Prestations supplémentaires <sup>8</sup>	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles remboursées ou refusées par l'AMO, Kératotomie (chirurgie réfractive de l'œil) et implants multifocaux forfait par année civile	60% BR + 80 €	60% BR + 100 €	60% BR + 170 €
<b>APPAREIL AUDITIF prise en charge par l'AMO limité à 2 appareils par an (une aide auditive par oreille) tous les 4 ans</b>			
<b>PANIER CLASSE I 100% SANTÉ</b> (Limité à 2 appareils par année civile tous les 4 ans) 	<b>Frais Réels</b>	<b>Frais Réels</b>	<b>Frais Réels</b>
<b>Panier CLASSE II LIBRE – dans la limite du (HLF)<sup>1</sup> Plafond de 1 700 € par aide auditive</b>			
Appareil auditif (limité à 2 appareils par année civile (une aide auditive par oreille) et tous les 4 ans)	100% BR + 360 € par oreille	100% BR + 460 € par oreille	100% BR + 560 € par oreille
Piles – Entretien et réparation	100% BR	100% BR	100% BR
<b>ACTE DE PREVENTION</b>			
Tous les actes de prévention 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
Cure Thermale pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait Hébergement Cure Forfait par année civile	121,96 €	200 €	300 €
Ostéodensitométrie osseuse (1 acte tous les 3 ans) pris en charge par l'AMO	20 € par acte	30 € par acte	40 € par acte
Ostéopathe, Chiropracteur, Etiopathe, Pédicure, Diététicien	20 € séance 2 séances par an	25 € par séance 4 séances par an	40 € par séance 4 séances par an
Vaccins non pris en charge par l'AMO	15,24 € par vaccin	15,24 € par vaccin	15,24 € par vaccin
<b>PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES</b>			
Soins à l'étranger pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR

<sup>1</sup>(HLF) Honoraires Limites 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 ». (PLV) Le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social **Précisée par décret**. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre

<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 RC : Régime Complémentaire mutuelle AMC Assurance Maladie Complémentaire

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 réelle en euros (contrat responsable en application de la loi N°2004-810 du 13 août 2004) – Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8€ ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues 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.

## 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 A** - 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 C** - 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 F** - autres verres multifocaux ou progressifs

<sup>8</sup> **Les Suppléments Optique** sont pris intégralement dans le Panier A 100% santé et uniquement le ticket modérateur dans le Panier B libre ses 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 écrits** 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 la mutuelle se réserve le droit de refuser le remboursement à l'assuré, si le praticien ne respecte pas les plafonds du « 100% santé »**

Le remboursement dentaire est **limité à un plafond par an (voir grille) pour (Les Inlays-Cores, les Inlays-Onlays, les couronnes, les bridges, les prothèses amovibles et la réparation de prothèse),**

Hors remboursement Sécurité Sociale et soins dentaire.

Au-delà de ce plafond, la garantie est réduite à 100 % du tarif de responsabilité.