

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (SS), en euros ou une combinaison des deux. Les pourcentages intègrent les remboursements de la Sécurité sociale. Toutes les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et n'interviennent que sur les postes dont la Sécurité Sociale accepte la prise en charge (sauf dispositions contraires figurant au barème).

SOINS MEDICAUX	Niveau de garantie
Consultation Médecin adhérent à l'OPTAM et/ou à l'OPTAM CO	190 % Base de Remboursement SS
Consultation Médecin <b>non adhérent</b> à l'OPTAM /l'OPTAM CO	170 % Base de Remboursement SS
Soins externes (consultation en hôpitaux), Auxiliaires médicaux (kiné, infirmier, orthophoniste, orthoptiste...), Sages-femmes,	100 % Base de Remboursement SS
Radiologie, Biologie, Frais de transport	100 % Base de Remboursement SS
Consultation de psychologue	90€/an/assuré
Ostéopathe – chiropracteur	90€/an/assuré
PHARMACIE	
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	100 % Base de Remboursement SS
Forfait médicaments prescrits non remboursés par la SS	50 €/an/contrat
HOSPITALISATION	
Honoraires médicaux, Frais de séjour	100 % Base de Remboursement SS
Chambre particulière	50€/jour
Chambre particulière pour acte ambulatoire	15 €/jour
Chambre particulière psychiatrique	30 €/jour
Frais d'accompagnant (enfant mineur, handicapé - 20 ans)	35 €/jour
Forfait journalier hospitalier	20 €/jour
Forfait journalier psychiatrique	15 €/jour
Actes de chirurgie et d'anesthésie si médecin adhère à l'OPTAM et/ou à l'OPTAM CO	190% Base de Remboursement SS
Actes de chirurgie et d'anesthésie si médecin n'adhère pas à l'OPTAM / OPTAM CO	170% Base de Remboursement SS
Actes médicaux lourds (PAT), Franchise appliquée par la sécurité sociale	24 €
DENTAIRE	
Soins	100 % Base de Remboursement SS
Inlay onlay	350 € (comprenant la part remboursée par la SS)
<b>Prothèses dentaires (Panier de soins 100% santé)</b> Prothèses et réparations Inlay-core Prothèse transitoires	Aucun reste à charge
<b>Prothèses dentaires (Tarifs maîtrisés et libres)</b> Prothèses fixes métalliques	290 € (comprenant la part remboursée par la SS)
Prothèses fixes céramiques et céramo-métalliques avec une BRSS à 107,5 ou à 120 €	500 € (comprenant la part remboursée par la SS)
Autre prothèses et réparations remboursées par la SS	400% dans la limite du PLV
Prothèse dentaire transitoire	60 € (comprenant la part remboursée par la SS)
Inlay core	175 € (comprenant la part remboursée par la SS)
Orthodontie si prise en charge par la sécurité sociale	320 % Base de Remboursement SS
Implantologie dentaire (non remboursé par la sécurité sociale)	600 €/implant

<b>OPTIQUE</b>	
Équipement optique 100% santé	Aucun reste à charge
2 Verres simples (uni focaux)	Forfait de 300 € dont 100 € maximum pour la monture
Verre simple + Verre complexe	Forfait de 350 € dont 100 € maximum pour la monture
2 Verres complexes (progressifs)	Forfait de 400 € dont 100 € maximum pour la monture
Verre simple + Verre très complexe	Forfait de 450 € dont 100 € maximum pour la monture
Verre complexe + Verre très complexe	Forfait de 500 € dont 100 € maximum pour la monture
2 Verres très complexes	Forfait de 600 € dont 100 € maximum pour la monture
Suppléments optiques : Adaptation, appairage pris en charge par le régime obligatoire	100 % Base de Remboursement SS
Lentilles de contacts (remboursées par la Sécurité Sociale)	200 % Base de Remboursement SS
Lentilles de contacts (prescrites et non remboursées SS)	100 € / an / assuré
Chirurgie réfractive	500 €/œil
<p>Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 24 mois glissants. Cette période est ramenée à 1 an pour un équipement, en cas d'évolution de la correction optique selon critères définis par la direction de la sécurité sociale.</p> <p>Pour les enfants de moins de 16 ans : prise en charge limitée à un équipement tous les 12 mois glissants. Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres en cas de l'évolution de la correction optique objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale.</p> <p>Pour les enfants jusqu'à 6 ans : prise en charge possible au terme d'une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de l'enfant et entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.</p> <p>Lors d'un achat d'un équipement espacé dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de délivrance du dernier élément (monture ou verre).</p>	
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
Équipement 100% santé : appareil auditif enfant et adulte, une fois tous les 4 ans par oreille	Aucun reste à charge
Appareil auditif (-20ans)	1 400 € (comprenant la part remboursée par la SS)
Appareil auditif (20 ans et +)	1 100 € (comprenant la part remboursée par la SS)
Accessoires et piles sur appareil auditif	100 % Base de Remboursement SS + 50 €
<p>Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette dernière disposition s'applique à partir du 1er janvier 2021 et tient compte des 4 dernières années antérieures.</p> <p>L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, 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 nécessaire.</p>	
<b>APPAREILLAGE</b>	
Produit et accessoires, Location d'appareillage	100 % Base de Remboursement SS
Gros appareillage (fauteuil roulant...),	200 % Base de Remboursement SS
Prothèses capillaires	400 % Base de Remboursement SS
Petit appareillage (attelle, canne, semelles orthopédiques)/orthopédie	280 % Base de Remboursement SS
<b>CURES THERMALES</b>	
Honoraires médicaux Frais d'établissement Frais de transport	100 % Base de Remboursement SS
Frais d'hébergement (pris en charge par la Sécurité sociale)	100 % Base de remboursement SS + 150 €/an

DIVERS	
Substituts nicotiniques (patchs, gommes, pastilles)	50 €/an
Aide familiale et ménagère	5 €/l'heure
Allocation de non activité (pour les actifs BSPP)	8 €/jour
Amniocentèse (non remboursé par la Sécurité sociale)	150 €
Fécondation in vitro (non remboursé par la Sécurité sociale)	150 €/an
Prime Naissance	La cotisation est gratuite jusqu'au 1 an de l'enfant

Le contrat Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de Sécurité sociale française. Les garanties proposées répondent aux critères du contrat responsable (article L871.1 du code de la Sécurité Sociale et son décret d'application) et ne prennent pas en charge les franchises médicales, la participation forfaitaire, la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires hors parcours de soins.

## MIEUX COMPRENDRE SES GARANTIES

### LEXIQUE

- Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS ou BR)**  
 Il s'agit d'un montant en euro réglementé et fixé par la Sécurité sociale pour chaque acte médical, médicament ou spécialité. Cette base de remboursement sert à définir la somme qui vous est remboursée pour vos soins.
- Garanties exprimées en pourcentage**  
 Pour les remboursements exprimés en pourcentage, le remboursement ne se calcule pas selon le prix pratiqué par le professionnel de santé, mais selon une base donnée par la Sécurité Sociale : la base de remboursement (BR). Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-dessus de garanties correspondent au remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle.  
 Ainsi, un remboursement à 100% signifie que le remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle sera égal à la base de remboursement. Si votre praticien procède à des dépassements d'honoraires, ceux-ci ne seront pas forcément remboursés et resteront à votre charge. Un remboursement à 200% signifie que le remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle sera égal à 2 fois la base de remboursement.
- Frais réels**  
 C'est le montant total engagé par un assuré pour ses frais de santé. Une partie est prise en charge par la Sécurité Sociale, l'autre part est remboursée par la mutuelle selon les garanties souscrites. Une dernière partie reste éventuellement à la charge de l'assuré, c'est le « reste à charge ». Dans tous les cas, les remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle ne peuvent être supérieurs aux dépenses engagées.
- La participation forfaitaire**  
 C'est un dispositif mis en place depuis le 1er janvier 2005 pour limiter les déficits de l'Assurance maladie. Il s'agit d'une participation financière d'un montant de 1 euro, déduit systématiquement des remboursements effectués par la Sécurité sociale pour toute consultation ou tout acte médical. Il est interdit aux complémentaires santé de rembourser ce reste à charge dans le cadre des contrats responsables.
- OPTAM et OPTAM-CO**  
 L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2.  
 Pour savoir si son médecin est signataire de l'OPTAM ou OPTAM-CO, il y a 2 possibilités :  
 Poser directement la question à son praticien OU consulter l'annuaire santé de l'Assurance maladie (<http://annuaire.sante.ameli.fr/>). Pour chaque praticien conventionné secteur 2, le site indique s'il est signataire ou non.