

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (SS), en combinant le remboursement de la sécurité sociale et celui de la MSPP. 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 règlement mutualiste).

CATEGORIE HOSPITALISATION ET SOINS COURANTS	Niveau de garantie
Honoraires (1)	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	190 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	170 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réel
Forfait hospitalier et frais de séjours	
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Frais réel
Frais de séjour	100 %
Chambre particulière (sans limitation de durée)	
Court séjour et maternité	50 € / nuit
Soins de suite	50 € / nuit
Psychiatrie	30 € / nuit
Ambulatoire	15 € / jour
Frais d'accompagnant (enfant mineur, handicapé - 20 ans)	40 €/jour
SOINS COURANTS	
Consultations/Visites de médecins généralistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	190 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	170 %
Consultations/Visites de médecins spécialistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	190 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	170 %
Actes techniques médicaux	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	190 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	170 %
Actes d'imagerie médicale	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	190 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	170 %
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 %
Masseurs-kinésithérapeutes	130 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %
Médicaments	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	75 € / an / contrat
Matériel médical	
Produits et accessoires, location d'appareillage	100 %
Grand appareillage	200 %
Petit appareillage / orthopédie	280 %
Prothèses capillaires	400 %
Frais de transport en véhicule sanitaire	100 %
CATEGORIE DENTAIRE	
Soins et prothèses 100 % Santé (2)	Remboursement total de la dépense engagée
Soins (hors 100 % Santé) Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100 %

Panier Maitrisé et Panier Libre	
Prothèses fixes métalliques	290 €
Prothèses fixes céramiques et céramo-métalliques	500 €
Prothèses provisoires	60 €
Autre prothèses et réparations remboursées par la SS	400%
Inlay Core	175 €
Inlay onlays d'obturation	350 €
Implantologie	600 € / implant
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	320 %
CATEGORIE AIDES AUDITIVES	
Equipements 100% Santé (2) (3)	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre	
Equipement pour les personnes de 20 ans et plus	1 100 € / oreille
Equipement pour les personnes de moins de 20 ans ou souffrant d'un handicap visuel sans limite d'âge	1 400 € / oreille
Accessoires et piles sur appareil auditif	100 % + 50 €
CATEGORIE OPTIQUE	
Equipements 100% santé (2)	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre	
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 %
Lentilles	
Lentilles prise en charge par la Sécurité sociale	200 %
Lentilles prescrites et non prise en charge par la Sécurité sociale	100 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	500 €/œil
CATEGORIE AUTRES POSTES	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 % + 150 € / an
Médecine douce Ostéopathe, chiropracteur, étioathe	3 séances par an avec limite de 40 € / séance
Psychologue non remboursé par la Sécurité sociale	3 séances par an avec limite de 40 € / séance
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale	
Sevrage tabagique Fécondation in vitro	50 € / an 150 € / an
Prévention	
Amniocentèse	190 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 %

- (1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.
- (2) Tels que définis règlementairement par le code de la sécurité sociale.
- (3) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Ce 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 des remboursements de la 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 de garanties ci-dessus 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 pas 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://annuaresante.ameli.fr/>). Pour chaque praticien conventionné secteur 2, le site indique s'il est signataire ou non.