



VOS GARANTIES

(base socle obligatoire et options facultatives)

Prestations en vigueur au 1 ^{er} janvier 2025 Régime général	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	TOTAL y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)		
		BASE OBLIGATOIRE	OPTION 1	OPTION 2
Soins courants				
Honoraires médicaux et paramédicaux				
Consultations, visites : généralistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	100 %	170 %	220 %
- Autres praticiens	70 %	100 %	150 %	200 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	150 %	185 %	220 %
- Autres praticiens	70 %	130 %	165 %	200 %
Consultations de Psychologues : Mon Soutien Psy	60 %	100 %	100 %	100 %
Consultations de Psychologues ⁽¹⁵⁾		30 € / séance	30 € / séance	30 € / séance
Actes de sages-femmes	70 %	100 %	100 %	100 %
Kinésithérapeutes ⁽⁴⁾	60 %	130 %	130 %	130 %
Autres auxiliaires médicaux : infirmier(e)s...	60 %	100 %	100 %	100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 %	100 %	100 %	100 %
<i>(4) Prise en charge des dépassements pour exigence personnelle. (15) Limité à 4 séances par an (Base obligatoire et Option 1), limité à 12 séances par an (Option 2).</i>				
Médicaments				
Médicaments à SMR important	65 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale : homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse		70 € / an	100 € / an	150 € / an
<i>SMR : Service Médical Rendu</i>				
Analyses et examens de laboratoire				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	150 %	185 %	220 %
- Autres praticiens	70 %	130 %	165 %	200 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	130 %	185 %	220 %
- Autres praticiens	70 %	100 %	165 %	200 %
Examens de laboratoires	60 %	100 %	100 %	100 %
Dépistage prénatal non invasif ⁽¹²⁾		183 € / acte	300 € / acte	300 € / acte
<i>(12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
Matériel médical				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	200 %	250 %	300 %
Aides auditives				
Équipement 100 % Santé ⁽¹⁾⁽²⁾		100 % Santé	100 % Santé	100 % Santé
Équipement à tarif libre ⁽¹⁾⁽²⁾ :				
- Personnes de plus de 20 ans	60 %	800 €	1 400 €	1 700 €
- Personnes de moins de 20 ans ou atteintes de cécité (sur la base de la BR à 1 400 € en 2024)	60 %	100 %	1 700 €	1 700 €
Piles	60 %	100 %	100 %	100 %
<i>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.</i>				
Cures thermales				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	100 %	100 %	100 %

VOS GARANTIES (suite)

Prestations en vigueur au 1 ^{er} janvier 2025 Régime général	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	TOTAL y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)		
		BASE OBLIGATOIRE	OPTION 1	OPTION 2
Hospitalisation				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	100 %	100 %	100 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80 % ou 100 %	150 %	185 %	220 %
- Autres praticiens	80 % ou 100 %	130 %	165 %	200 %
Participation du patient sur les actes lourds		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences	55 % ou 100 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Ambulances, véhicules sanitaires légers...		100 %	100 %	100 %
Forfait journalier hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾ : Soins de suite, convalescence, établissements spécialisés		40 € / nuit	50 € / nuit	60 € / nuit
Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾ : Psychiatrie		45 € / nuit	55 € / nuit	65 € / nuit
Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾ : Médecine, chirurgie		50 € / nuit	60 € / nuit	100 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾		25 € / jour	30 € / jour	35 € / jour
Frais d'accompagnant ⁽¹⁷⁾				
- Établissement conventionné, par jour		38,50 € / jour	40 € / jour	45 € / jour
- Établissement non conventionné, par jour		25 € / jour	30 € / jour	35 € / jour
<i>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle, - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. (3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (17) Concernent uniquement les frais de repas et /ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.</i>				
Maternité				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	150 %	185 %	220 %
- Autres praticiens	100 %	130 %	165 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾		50 € / nuit	60 € / nuit	100 € / nuit
Amniocentèse refusée ⁽¹²⁾		183 € / acte	300 € / acte	300 € / acte
<i>(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</i>				
Optique				
Équipement 100 % Santé⁽¹⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾				
- Monture	60 %	100 % Santé	100 % Santé	100 % Santé
- Verres	60 %	100 % Santé	100 % Santé	100 % Santé
- Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre	60 %	100 % Santé	100 % Santé	100 % Santé
Équipement à tarif libre⁽¹⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾				
- Monture ⁽¹⁰⁾	60 %	50 €	60 €	100 €
- Par verre ⁽¹⁰⁾				
Verre unifocal, sphérique				
Sphère de - 6 à + 6	60 %	60 €	70 €	100 €
Sphère < - 6 ou Sphère > + 6	60 %	110 €	120 €	150 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 %	60 €	70 €	100 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 %	60 €	70 €	100 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	60 %	110 €	120 €	150 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	60 %	110 €	120 €	150 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	60 %	110 €	120 €	150 €
Verre multifocal ou progressif sphérique				
Sphère de - 4 à + 4	60 %	150 €	170 €	200 €
Sphère < - 4 ou > + 4	60 %	200 €	220 €	250 €

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2025
Régime général

TOTAL
y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)

	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	BASE OBLIGATOIRE	OPTION 1	OPTION 2
Optique (suite)				
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	60 %	150 €	170 €	200 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	60 %	150 €	170 €	200 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	60 %	200 €	220 €	250 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	60 %	200 €	220 €	250 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	60 %	200 €	220 €	250 €
- Supplément verres avec filtre	60 %	100 %	100 %	100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	100 %	100 %	100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	100 %	100 %	100 %
Lentilles prescrites, acceptées ou non par le RO	60 % ou 0 %	100 % ou 0 % + 100 € / an	100 % ou 0 % + 125 € / an	100 % ou 0 % + 150 € / an
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire ⁽¹⁶⁾		400 € / oeil	450 € / oeil	500 € / oeil

(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre). (10) RO: Remboursement du Régime Obligatoire (16) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	BASE OBLIGATOIRE	OPTION 1	OPTION 2
Dentaire				
Soins	60 %	100 %	100 %	100 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé⁽¹¹⁾		100 % Santé	100 % Santé	100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés⁽¹¹⁾				
- Prothèses fixes (couronnes et bridges)	60 %	375 %	425 %	475 %
- Inlay-Core	60 %	375 %	425 %	475 %
- Prothèses transitoires	60 %	375 %	425 %	475 %
- Inlay onlay	60 %	150 %	250 %	350 %
- Prothèses amovibles	60 %	375 %	425 %	475 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes (couronnes et bridges) : dents visibles	60 %	300 %	350 %	400 %
- Prothèses fixes (couronnes et bridges) : dents non visibles	60 %	250 %	300 %	350 %
- Inlay-core	60 %	200 %	250 %	300 %
- Prothèses transitoires	60 %	300 %	350 %	400 %
- Inlay onlay	60 %	125 %	250 %	350 %
- Prothèses amovibles : dents visibles	60 %	300 %	350 %	400 %
- Prothèses amovibles : dents non visibles	60 %	250 %	300 %	350 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	60 % ou 100 %	250 %	300 %	400 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire		400 € / semestre	400 € / semestre	400 € / semestre
Implantologie ⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾		500 € / implant	600 € / implant	700 € / implant
Couronne sur implant ⁽²⁰⁾		200 € / couronne	300 € / couronne	400 € / couronne

Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle. (11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (14) Limité à 2 implants par an. (20) Limité à 2 couronnes / 2 ans.

	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	BASE OBLIGATOIRE	OPTION 1	OPTION 2
Médecines complémentaires				
Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathe, Etiopathe, Pédicure-podologue, Acupuncteur, Psychomotricien, Sophrologue ⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁹⁾		40 € / séance	50 € / séance	50 € / séance

(12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (13) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné. (19) Limité à 2 séances par an (Base obligatoire), limité à 4 séances par an (Option 1), limité à 6 séances par an (Option 2).

Prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2025
Régime général

		TOTAL y compris Sécurité sociale (à titre indicatif)		
	SÉCURITÉ SOCIALE (à titre indicatif)	BASE OBLIGATOIRE	OPTION 1	OPTION 2
Prévention				
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique ⁽¹²⁾⁽¹³⁾		80 € / an	100 € / an	150 € / an
Contraception, tests de grossesse		80 € / an	100 € / an	150 € / an

(12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (13) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L160-13 II du code de la Sécurité sociale),
 - déduction des franchises médicales (visées à l'article L160-13 III du code de la Sécurité sociale).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.