

- Les garanties exprimées s'entendent Y COMPRIS les prestations versées par le régime obligatoire (RO).
- Le total remboursement RO + remboursement complémentaire ne peut pas dépasser le montant des frais réellement engagés.
- Les prestations sont identiques pour les participants et les ayants droit.
- La participation forfaitaire obligatoire et les franchises médicales ne sont pas prises en charge pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.
- Des modifications éventuelles pourront intervenir en application du Contrat Responsable.

Hospitalisation	GARANTIE BRONZE	
	Régime obligatoire (RO) A titre d'information	Mutuelle (y compris remboursement de l'Assurance Maladie)
Frais de séjour	80%/100%	100% BR
Honoraires		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO)	80%/100%	100% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non OPTAM/OPTAM-CO)	80%/100%	100% BR
Forfait journalier hospitalier	-	100% FR
Forfait actes médicaux lourds (24 €)	-	Oui, sans limitation de durée
Chambre particulière MCO	-	Néant
Frais de télévision	-	Néant
Frais de transport	65% BR	100% BR

Soins courants (1)	GARANTIE BRONZE	
	Régime obligatoire (RO) A titre d'information	Mutuelle (y compris remboursement de l'Assurance Maladie)
Honoraires médicaux (2)		
Consultations et visites médecins généralistes		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%/100%	100% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non OPTAM)	70%/100%	100% BR
Consultations et visites médecins spécialistes		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%/100%	100% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non OPTAM / OPTAM CO)	70%/100%	100% BR
Actes de spécialités – ATM sans hospitalisation		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%/100%	100% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non OPTAM / OPTAM CO)	70%/100%	100% BR
Imagerie médicale		
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	70%/100%	100% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (non OPTAM / OPTAM CO)	70%/100%	100% BR
Honoraires paramédicaux (2)	60%	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses Biologiques prises en charge par l'Assurance Maladie	60%/70%	100% BR
Analyses Biologiques non prises en charge par l'Assurance Maladie	-	Néant
Médicaments		
Médicaments hors pharmacie remboursée à 15% (service médical faible)	30%/65%/100%	100% BR
Matériel médical	60%/100%	100% BR

(1) Les garanties de ce contrat n'intègrent pas la prise en charge des franchises médicales applicables aux médicaments, aux soins paramédicaux, aux transports sanitaires et à certains actes dispensés par les pharmaciens qui restent à la charge du patient.

(2) En cas de non-respect du parcours de soin, les majorations de participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.

Optique (3)	GARANTIE BRONZE	
	Régime obligatoire (RO) A titre d'information	Mutuelle (y compris remboursement de l'Assurance Maladie)
Equipements 100% Santé*		
Monture, verres, prestations d'appairage et d'adaptation Dans la limite des prix limites de vente au public		100% FR
Equipements Hors 100% Santé (forfait exprimé en euro comprenant la prise en charge du RO, la prise en charge du ticket modérateur et la monture dont le remboursement est plafonné à 100€ max.).		
Equipement verres simples	60%	100 €
Equipement verres complexes	60%	150 €
Equipement verres très complexes	60%	200 €
Equipement verres mixtes : simple/complexe	60%	250 €
Equipement verres mixtes : simple/très complexe	60%	300 €
Equipement verres mixtes : complexe/très complexe	60%	350 €
Lentilles (sur prescription médicale)		
Lentilles prises en charge par l'Assurance Maladie	60%	50 € / an puis 100% BR au-delà du forfait
Lentilles prescrites non prises en charge par l'Assurance Maladie et produits d'entretien	-	100 € par an

* Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente ou des honoraires limites de facturation, et des plafonds fixés par la réglementation. Les types de verres simple, complexe, hypercomplexe correspondent aux définitions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

(3) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition, somme des variations de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries).

Dentaire	GARANTIE BRONZE	
	Régime obligatoire (RO) A titre d'information	Mutuelle (y compris remboursement de l'Assurance Maladie)
Soins et prothèses 100% Santé*		100% FR
Soins		
Soins dentaires / consultations / stomatologie / radiographies	70%	100% BR
Prothèses		
Prothèses dentaires prises en charge par l'Assurance Maladie Hors 100% Santé, dont inlay-core Panier à reste à charge maîtrisé et Panier libre	70%	235% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par l'Assurance Maladie	-	100 € par dent (dans la limite de 3 dents par an, soit 300 € par an maximum)
Orthodontie		
Orthodontie prise en charge par l'Assurance Maladie	100%	235% BR
Parodontologie / Implantologie	-	150 € par an (puis 100% BR au-delà du forfait)

* Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente ou des honoraires limites de facturation, et des plafonds fixés par la réglementation.

Les inlay onlay et les prothèses dentaires du panier 100% Santé et du panier à reste à charge maîtrisé seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation. Avant l'entrée en vigueur du 100% Santé, la prise en charge s'effectuera à hauteur du panier hors 100% Santé.

Aides auditives	GARANTIE BRONZE	
	Régime obligatoire (RO) A titre d'information	Mutuelle (y compris remboursement de l'Assurance Maladie)

Equipements 100% Santé* Aide auditive par oreille <i>Dans la limite des prix limites de vente (PLV) au public en vigueur</i>	100% BR	
Equipements Hors 100% Santé Aide auditive par oreille	60%	100% BR

Avant l'entrée en vigueur du panier 100% Santé au 01/01/2021, prise en charge à hauteur du panier hors 100% Santé.

* Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente ou des honoraires limites de facturation, et des plafonds fixés par la réglementation. Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale. Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L 165-1.

Autres soins et Bien être	Régime obligatoire (RO) A titre d'information	Mutuelle (y compris remboursement de l'Assurance Maladie)
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, podologue/pédicure)	-	30 € par an
Cures thermales prises en charge par l'Assurance Maladie		
Honoraires et frais de traitement	65%/70%	100% BR
Frais de transport et d'hébergement	65%/70%	100% BR
Actes de prévention		
Actes préventifs (contraception non remboursée Sécurité Sociale, sevrage tabagique, vaccination, dépistage VIH, ostéodensitométrie)	-	50 € par an

BR: Base de remboursement du RO, sur laquelle s'applique le taux de remboursement de la Sécurité sociale ou RO

RO : Régime obligatoire, il s'agit de la Sécurité sociale

FR: Frais réels, c'est-à-dire le montant total de la dépense engagée.

OPTAM : Option de pratique tarifaire maîtrisée. OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique, ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Le contrat est responsable au sens de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale.