

Choix des régimes de remboursement de Frais Santé

Extrait des garanties Surcomplémentaire Non Responsable - Cadres

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	CONFORT + Surcomplémentaire Non Responsable	SÉRÉNITÉ + Surcomplémentaire Non Responsable	EXCELLENCE + Surcomplémentaire Non Responsable
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Frais de séjour et fournitures diverses	100% FR - Rbt SS dans la limite de 500% BR	100% FR - Rbt SS dans la limite de 500% BR	100% FR - Rbt SS dans la limite de 500% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires OPTAM/OPTAM CO	100% FR - Rbt SS dans la limite de 500% BR	100% FR - Rbt SS dans la limite de 500% BR	100% FR - Rbt SS dans la limite de 500% BR
Hospitalisation Chirurgicale et Médicale - Honoraires hors OPTAM/OPTAM-CO	100% FR - Rbt SS dans la limite de 300% BR	100% FR - Rbt SS dans la limite de 400% BR	500% BR
Chambre particulière (y compris maternité)	1,60% du PMSS/J	3% du PMSS/J	4% du PMSS/J
Forfait journalier hospitalier (1)	100% FR	100% FR	100% FR
Frais d'accompagnement (enfant - 18 ans)	1% du PMSS/J	1% du PMSS/J	2% du PMSS/J
Lit d'accompagnement	1% du PMSS/J	1% du PMSS/J	2% du PMSS/J
ACTES MÉDICAUX COURANTS			
Consultations et visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	250% BR
Consultations et visites généralistes hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	250% BR
Consultations et visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	300% BR	470% BR
Consultations et visites spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	470% BR
Consultations ostéopathe, chiropracteur et étiope, acu-puncture, pédicurie-podologie an / bénéficiaire	300€	300€	350€
Soins d'auxiliaires médicaux, Frais de déplacement, Frais d'analyses et de laboratoire	200% BR	300% BR	470% BR
Electroradiologie OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	300% BR	470% BR
Electroradiologie hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	470% BR
Actes de spécialités OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	250% BR	470% BR
Actes de spécialités hors OPTAM/OPTAM-CO	200% BR	200% BR	470% BR
Frais de transport	200% BR	300% BR	500% BR
PHARMACIE			
Frais pharmaceutiques	100% BR	100% BR	100% BR
Pilule et patch contraceptif non remboursés par la S.S. (an/ bénéficiaire)	3% PMSS	3% PMSS	3% PMSS
MATERNITÉ - ADOPTION			
Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance gémellaire)	15% PMSS	20% PMSS	22% PMSS
CURE THERMALE REMBOURSÉE PAR LA S.S			
Cures thermales	100% BR	150% BR	300% BR
PRÉVENTION			
Sevrage tabagique an/bénéficiaire	2,60% PMSS	2,60% PMSS	3% PMSS
Ostéodensitométrie	300% BR	300% BR	470% BR
AUTRES PROTHÈSES			
Orthopédie et appareillage remboursées par la S.S.	200% BR	300% BR	560% BR
Accessoires (2)	200% BR	300% BR	560% BR
PROTHÈSES AUDITIVES			
Équipement 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Prothèses auditives du panier libre / prise en charge plafond à hauteur du Prix Limite de Vente / 1 équipement par oreille tous les 4 ans	400€ + 65% BR (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)	400€ + 65% BR (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)	400€ + 65% BR (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente)

Garanties incluant les garanties de la Sécurité Sociale et celle du contrat complémentaire.

DENTAIRE*	CONFORT + Surcomplémentaire Non Responsable	SÉRÉNITÉ + Surcomplémentaire Non Responsable	EXCELLENCE + Surcomplémentaire Non Responsable
Soins et prothèse 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (3)	370% BR	470% BR	470% BR
Prothèses (paniers libre et maîtrisé) (4)	Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)		
Panier maîtrisé	Actes remboursés par la sécurité sociale		
Panier libre	Actes remboursés par la sécurité sociale		
Inlay / onlay remboursée par la S.S.	370% BR	470% BR	570% BR
Inlay / onlay non remboursée par la S.S.	270% BR	300% BR	370% BR
Dents du sourire remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (5)	370% BR	400% BR	570% BR
Dents du sourire non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (5) **	300% BR	350% BR	570% BR
Dents de fond de bouche remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (6)	370% BR	400% BR	570% BR
Dents de fond de bouche non remboursées par la S.S. (y compris prothèse sur implant) (6) **	300% BR	350% BR	570% BR
Orthodontie remboursée par la S.S.	336% BR	336% BR	500% BR
Orthodontie non remboursée par la S.S.	150% BR	150% BR	200% BR
Implants dentaires (an / bénéficiaire)	15% PMSS	18% PMSS	22% PMSS
Pilier ou inlay core sur implant (an / bénéficiaire)	8% PMSS	8% PMSS	12% PMSS
OPTIQUE			
Equipement 100% santé - verre	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Equipement 100% santé - monture	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV)		
Verres du panier libre	Voir Grille Optique	Voir Grille Optique	Voir Grille Optique
Monture panier libre	100 €	150 €	230 €
Prestation d'adaptation et d'appairage du panier libre	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles remboursées ou non par la S.S. (y.c. jetables) /an/bénéficiaire	10% PMSS	10% PMSS	13% PMSS
Chirurgie de la myopie (/œil/an/bénéficiaire)	10% PMSS	16% PMSS	20% PMSS

Garanties incluant les garanties de la Sécurité Sociale et celle du contrat complémentaire.

(*) Dans la limite de 4 prothèses par an, au-delà remboursement sur la base de 240% de la BR (**). Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418.

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire. (1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (2) Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. (3) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. (4) : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. (5) : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35 / 41 / 42 / 43 / 44 / 45. (6) : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48. **Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, par période d'un 1 an pour les assurés de moins de 16 ans, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (exception aux périodes de renouvellement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières).

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - S.S. : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur.

PMSS 2024 : 3864€

Grille Optique

Surcomplémentaire Non Responsable - Cadres

Forfait par verre			CONFORT + Surcomplémentaire Non Responsable	SÉRÉNITÉ + Surcomplémentaire Non Responsable	EXCELLENCE + Surcomplémentaire Non Responsable
Verres simple foyer, sphériques :					
Verre simple	sphère comprise entre -6 à +6	A	185 €	185 €	185 €
Verre complexe	sphère hors zone - 6 à +6	C	277 €	277 €	277 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques :					
Verre simple	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4	A	185 €	185 €	185 €
Verre simple	sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6	A	185 €	185 €	185 €
Verre complexe	sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4	C	222 €	222 €	222 €
Verre complexe	sphère < -6 et cylindre >= + 0,25	C	277 €	277 €	277 €
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > +6	C	277 €	277 €	277 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques :					
Verre complexe	sphère comprise entre -4 à +4	C	250 €	250 €	250 €
Verre très complexe	sphère hors zone de -4 à +4	F	311 €	311 €	311 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :					
Verre complexe	sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4	C	300 €	300 €	300 €
Verre complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8	C	300 €	300 €	300 €
Verre très complexe	sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4	F	311 €	311 €	311 €
Verre très complexe	sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25	F	311 €	311 €	311 €
Verre très complexe	sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8	F	311 €	311 €	311 €
Équipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes :					
Équipement Verre composé de catégories distinctes	B	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	2 Verres + 1 Monture Non Responsable
Équipement Verre composé de catégories distinctes	D	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	2 Verres + 1 Monture Non Responsable
Équipement Verre composé de catégories distinctes	F	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	2 Verres + 1 Monture Non Responsable	2 Verres + 1 Monture Non Responsable

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement conforme contrat responsable

Équipement Homogène :

CLASSE A / VERRE SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4
 CLASSE C / VERRE COMPLEXE / VERRE simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif
 CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 8 + 8
 CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 4 + 4

Équipement mixte :

Verre Simple + Verre Complexe (A+C) B
 Verre Simple + Verre Très Complexe (A+F) D
 Verre Complexe + Verre Très Complexe (C+F) E

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.