

Comment suis-je remboursé ?

TABLEAU DES GARANTIES

Le contrat a pour objet de rembourser, en complément des remboursements de la Sécurité sociale, tout ou partie de vos dépenses engagées, sauf pour les garanties exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, en pourcentage du ticket modérateur et en euros.

NATURE DES GARANTIES	Régime de base (en complément de la Sécurité sociale)	Régime optionnel facultatif (en complément du régime de base)
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (1)		
Frais de séjour secteur conventionné ou non	100 % FR, limités à 500 % BR	
Honoraires hospitaliers, actes de chirurgie et d'anesthésie - Médecins adhérant à l'OPTAM et l'OPTAM-CO	TM + 500% BR	
Honoraires hospitaliers, actes de chirurgie et d'anesthésie - Médecins n'adhérant pas à l'OPTAM et l'OPTAM-CO	TM + 100% BR	+ 400% BR
Forfait hospitalier	100% FR	
Chambre particulière (hors maternité)	110 € / jour	
Lit d'accompagnement (enfants de moins de 16 ans)	49 € / jour	
TRANSPORT PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE		
	100% TM	
PHARMACIE		
Pharmacie prescrite remboursée Sécurité sociale	100% TM	
MEDECINE COURANTE		
Consultations et Visites généralistes - Médecins adhérant à l'OPTAM et l'OPTAM-CO	TM + 220% BR	
Consultations et Visites généralistes - Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM et l'OPTAM-CO	TM + 100% BR	+ 120% BR
Consultations et Visites spécialistes - Médecins adhérant à l'OPTAM et l'OPTAM-CO	TM + 220% BR	
Consultations et Visites spécialistes - Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM et l'OPTAM-CO	TM + 100% BR	+ 120% BR
Radiologie - Médecins adhérant à l'OPTAM et l'OPTAM-CO	TM + 400% BR	
Radiologie - Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM et l'OPTAM-CO	TM + 100% BR	+ 300% BR
Actes de chirurgie et spécialité - Médecins adhérant à l'OPTAM et l'OPTAM-CO	TM + 400% BR	
Actes de chirurgie et spécialité- Médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM et l'OPTAM-CO	TM + 100% BR	+ 300% BR
Actes de biologie médicale	TM + 220% BR	
Auxiliaires médicaux	TM + 160% BR	
DENTAIRE		
Soins dentaires	100% TM	
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale, piliers de bridge sur dents saines		
Dents du fond ⁽²⁾	314,75 €	
Dents devant et côté ⁽²⁾	524,75 €	
Appareils amovibles	400% BR	
Onlays/inlays d'obturation	152,45 € / élément limité à 762,25 € / an / bénéficiaire puis au-delà TM pour les actes pris en charge par la Ss	
Implants dentaires	915 € par implant / maxi 2 implants par an par bénéficiaire	
Inlays-core	228,67 € par élément (y compris Sécurité sociale) limité à 1 143,37 € / an / bénéficiaire puis au-delà 125%BR pour les actes pris en charge par la Ss	
Parodontologie (Pour les actes pris en charge par la Ss, prise en charge du TM au-delà des forfaits)		
Curetage / Surfaçage	116€ / séance limitée à 2 / an / bénéficiaire	
Greffe gingivale	334€ / greffe dans la limite d'une greffe / an / bénéficiaire	
Lambeau parodontal	167€ / lambeau limité à 4 / an	
Allongement coronaire	58€ / intervention limitée à 4 / an	
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	300% BR	



NATURE DES GARANTIES	Régime de base (en complément de la Sécurité sociale)	Régime optionnel facultatif (en complément du régime de base)
OPTIQUE		
Monture adulte	150 €	
Monture enfant mineur	90 €	
Verres	Voir grille optique ci-après	
Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale (y/c jetables)	5 % PMSS / an / bénéficiaire puis TM au-delà pour les lentilles prises en charge Sécurité sociale	
Chirurgie réfractive	75 % FR limité à 20 % du PMSS par oeil	
MATERNITE / ADOPTION		
Pour la salariée ou la conjointe (épouse, concubine, PACS) adhérente au contrat frais de santé en « première mutuelle » :		
Forfait naissance : couverture forfaitaire des frais médicaux liés à l'accouchement (dépassement d'honoraires et chambre particulière).	500 € doublement en cas de naissance gémellaire	
En cas d'acte chirurgical (ex : césarienne) : versement du forfait naissance + prise en charge des actes de chirurgie et d'anesthésie au titre de la garantie hospitalisation		
AUTRES		
Prothèses auditives, Orthopédies & autres prothèses non dentaires	500% BR	
Prothèses capillaires	500% BR	
Cures thermales (sur prescription médicale)	100 €	
Médecine Douce Ostéopathie - chiropraxie - microkinésie - acupuncture - éthiopathie - diététique	50€ par séance / maxi 3 séances par an et par bénéficiaire	+ 20€ par séance / max 3 séances par an et par bénéficiaire
Sevrage tabagique (prescription, dans le cadre d'un accompagnement médicalisé, de substituts nicotiques ou de médicaments)	50 % FR - Sécurité sociale : maxi 100 € / an / bénéficiaire	
Pilule dite de «3ème génération» non prise en charge par la Sécurité sociale	100€ / an / bénéficiaire	
PREVENTION		
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits	6 % PMSS par an et par bénéficiaire	
Actes de prévention «responsables»	Pris en charge au titre des postes ci-dessus	
Test ADN dépistage de la trisomie 21 chez la femme enceinte ⁽³⁾	600€ par année civile limités aux frais réels	
ASSISTANCE		
OUI		

Garanties exprimées dans la limite des frais engagés et en complément de la Sécurité sociale (sauf indication contraire)

(1) Sauf pour le forfait journalier de la Sécurité sociale, l'indemnisation est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire, s'agissant : du séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermique, des frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse et mentale. Au-delà de 30 jours, l'indemnisation est limitée à 100 % du ticket modérateur.

(2) Dents du fond : 16 17 18 26 27 28 35 36 37 38 45 46 47 48 Dents sur le devant et sur le côté : 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 41 42 43 44

(3) Prise en charge sur présentation de la facture accompagnée d'une prescription médicale pour les femmes dont le risque d'avoir un enfant trisomique est supérieur ou égal à 1/250

GRILLE OPTIQUE

Garanties exprimées y compris le remboursement Sécurité sociale					
Classe de défaut visuel	Défaut Visuel		Dans le réseau	Hors réseau	
	Myopie ou Hypermétropie (en dioptries)	Astigmatisme (en dioptries)		Verre simple foyer	Verre Progressif
classe 1	De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	FRAIS REELS ⁽¹⁾	70 €	200 €
classe 2	De 0 à 2 De 2.25 à 4	De 2.25 à 4 Inférieur ou égal à 2		105 €	250 €
classe 3	De 2.25 à 4 De 4.25 à 6	De 2.25 à 4 Inférieur ou égal à 4		135 €	265 €
classe 4	De 6.25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4.25		150 €	300 €
classe 5	Supérieur ou égal à 8.25	Tous cylindres		200 €	325 € ⁽²⁾
Monture				Maximum Adulte : 150€ Maximum Enfant : 90€	

(1) Dans la limite des plafonds du contrat responsable

(2) 300€ pour les enfants

Le remboursement d'une paire de lunettes (monture + 2 verres) est également limité à :

• 1 équipement tous les 2 ans pour les adultes ramené à 1 par an en cas de changement de défaut visuel*

• 1 équipement par an pour les mineurs*

* A partir de la date d'acquisition du dernier équipement optique.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le contrat couvre la prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

Renouvellement des 2 équipements tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition du premier équipement.