

**Prise en charge du Régime Obligatoire (RO) + Remboursement Mutuelle
 Complémentaire Régime Obligatoire (Ticket Modérateur : TM) ET Forfaits et dépassements**

BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (valeur de référence 2025 = 3 925 €)

CPRO1	CPRO2	CPRO3	CPRO4
-------	-------	-------	-------

HOSPITALISATION (1)				
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien adhérent au DPTAM*	150% BR	150% BR	200% BR	250% BR
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien non adhérent au DPTAM*	130% BR	130% BR	180% BR	200% BR
- Forfait journalier hospitalier (frais réels)	Durée illimitée	Durée illimitée	Durée illimitée	Durée illimitée
- Forfait Patient Urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Frais de séjour	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Participation forfaitaire sur acte lourd (selon la réglementation en vigueur)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Chambre particulière par jour en ambulatoire	1,50% PMSS soit 58,88 €	2% PMSS soit 78,50 €	2,50% PMSS soit 98,13 €	3% PMSS soit 117,75 €
- Chambre particulière par jour en médecine, chirurgie, convalescence	1,50% PMSS soit 58,88 €	2% PMSS soit 78,50 €	2,50% PMSS soit 98,13 €	3% PMSS soit 117,75 €
- Chambre particulière par jour en maternité	1,50% PMSS soit 58,88 €	2% PMSS soit 78,50 €	2,50% PMSS soit 98,13 €	3% PMSS soit 117,75 €
- Chambre particulière par jour en psychiatrie	1,50% PMSS soit 58,88 €	2% PMSS soit 78,50 €	2,50% PMSS soit 98,13 €	3% PMSS soit 117,75 €
- Frais d'accompagnant par jour pour les enfants de - de 16 ans	20,00 €	20,00 €	25,00 €	35,00 €
- Transports pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Les + Naissance :				
- Prime de Naissance (sous réserve de l'inscription de l'enfant sur votre contrat dans les 3 mois qui suivent la naissance ou l'adoption, inscription au 1er jour de sa naissance/ adoption)	8% PMSS soit 314,00 €	10% PMSS soit 392,50 €	20% PMSS soit 785,00 €	30% PMSS soit 1 177,50 €
SOINS COURANTS				
- Honoraires médicaux Généraliste praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
- Honoraires médicaux Généraliste praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour praticien adhérent au DPTAM*	150% BR	150% BR	200% BR	300% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour praticien non adhérent au DPTAM*	130% BR	130% BR	180% BR	200% BR
- Examens, radios praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Examens, radios praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR	200% BR
- Transports pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Médicaments (2)				
- Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Matériel médical (2)				
- Appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)	370% BR	370% BR	370% BR	370% BR
- Véhicule codifié VEH par le Régime Obligatoire (fauteuil roulant, ...). (Part mutuelle limitée à 1 500€)	370% BR	370% BR	370% BR	370% BR
OPTIQUE (2) tel que défini réglementairement (4)				
- Chirurgie réfractive : forfait par œil/ an/ bénéficiaire	6% PMSS soit 235,50 €	8% PMSS soit 314,00 €	10% PMSS soit 392,50 €	10% PMSS soit 392,50 €
- Lentilles acceptées ou refusées par le RO/ an/ bénéficiaire	100% BR ou 0% BR + 6% PMSS soit 235,50 €	100% BR ou 0% BR + 8% PMSS soit 314,00 €	100% BR ou 0% BR + 10% PMSS soit 392,50 €	100% BR ou 0% BR + 10% PMSS soit 392,50 €
À compter de la date d'acquisition : ADULTE : 1 équipement tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS : 1 équipement par an (3)				
- Équipement classe A (100% santé)				
- Autres prestations sur verres et monture (filtres, prismes, adaptation de la correction visuelle)	100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des prix limites de vente optique			
- Équipement classe B (hors 100% santé) dont 100,00 € pour la monture. Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables				
- Monture et verres simples	RO inclus dans la limite du forfait de 200,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 255,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 310,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 420,00 €
- Monture et verres complexes	RO inclus dans la limite du forfait de 240,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 295,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 350,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 510,00 €
- Monture et un verre simple + un verre complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 220,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 275,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 330,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 490,00 €
- Monture et verres très complexes	RO inclus dans la limite du forfait de 280,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 335,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 390,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 550,00 €
- Monture et un verre simple + un verre très complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 240,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 295,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 350,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 510,00 €
- Monture et un verre complexe + un verre très complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 260,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 315,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 370,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 530,00 €
- Autres prestations sur verres et monture (filtres, prismes, adaptation de la correction visuelle)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Le montant des remboursements optique s'entend y compris les remboursements déjà opérés par le RO ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue à ce contrat et dans la limite des frais facturés.				
DENTAIRE (2) tel que défini réglementairement (4)				
- Soins et prothèses (100% santé)	100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des honoraires limites de facturation			
- Soins et prothèses (hors 100% santé) :				
- Honoraires médicaux chirurgien dentiste	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
- Honoraires médicaux dentiste spécialiste	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
- Actes techniques médicaux dentaires sans séjour	150% BR	150% BR	200% BR	300% BR
- Examens, radios dentaires	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Examens de prévention bucco-dentaires pour les jeunes de 3 à 24 ans	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Soins	225% BR	275% BR	300% BR	350% BR
- Inlays/ Onlays	225% BR	275% BR	300% BR	350% BR
- Prothèses prises en charge par le RO	225% BR	275% BR	300% BR	350% BR
- Autres prestations dentaires :				
- Implantologie, parodontologie, orthodontie non prises en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	-	-	-	500,00 €
- Orthodontie prise en charge par le RO	250% BR	300% BR	350% BR	350% BR
AIDES AUDITIVES (2) tel que défini réglementairement (4)				
A compter de la date d'acquisition, 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans (3 bis)				
- Équipement classe I (100% santé)				
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire	100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des prix limites de vente de l'aide auditive			
- Équipement classe II (hors 100% santé). Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables soit 1700€ (RO inclus)				
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire	370% BR	370% BR	370% BR	370% BR
- Accessoires, entretien, piles, réparations	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN (2)

- Prestations de prévention prévues à l'article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Séance de psychologue remboursée par le RO (MonSoutienPsy)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
- Moyens de contraception prescrits non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	-	-	-	50,00 €
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	20,00 €	20,00 €	20,00 €	40,00 €
- Vaccin anti-grippe non pris en charge par le RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Ostéodensitométrie non remboursée par le RO/ an/ bénéficiaire	40,00 €	40,00 €	40,00 €	40,00 €
- Cures thermales acceptées par le RO (soins, hébergement, transport)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait pour l'hébergement accepté ou non par le RO/ an/ bénéficiaire	96,00 €	8% PMSS soit 314,00 €	10% PMSS soit 392,50 €	20% PMSS soit 785,00 €
- Prestations Bien être non prises en charge par le RO/ an/ bénéficiaire (5)	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €
- Ostéopathie/ an/ bénéficiaire	50,00 €	75,00 €	100,00 €	150,00 €
- Allocation obsèques (bénéficiaire de +12 ans) (6)	15% PMSS soit 588,75 €	20% PMSS soit 785,00 €	30% PMSS soit 1 177,50 €	40% PMSS soit 1 570,00 €
HOSPITALISATION ET SOINS À L'ÉTRANGER : si le remboursement des soins s'effectue sur	OUI	OUI	OUI	OUI
ASSISTANCE (7)	OUI	OUI	OUI	OUI
TELECONSULTATION MEDAVIZ (8)	OUI	OUI	OUI	OUI
DEUXIEME AVIS (9)	OUI	OUI	OUI	OUI
TIERS PAYANT	OUI	OUI	OUI	OUI

Conformément à la réglementation des contrats responsables, la Mutuelle ne prend pas en charge les franchises annuelles mentionnées à l'article L322-2 du code de la Sécurité Sociale.

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 pourcentages indiqués s'appliquent sur la Base de remboursement du régime obligatoire.
- Les taux de régime obligatoire sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect des dispositions des contrats responsables.
- Le remboursement du régime obligatoire inclut la participation forfaitaire de 2€.

- Pour les praticiens non conventionnés le remboursement est effectué sur la base du tarif d'autorité.

(*) DPTAM (dispositif pratique tarifaire maîtrisée) est un engagement pris par le médecin pour limiter ses dépassements d'honoraires. La prise en charge des dépassements d'honoraires est minorée d'un montant égal à 20% de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire pour les médecins n'ayant pas adhéré au DPTAM (avec un minimum de 100% de la Base de Remboursement et un maximum de 200% de la Base de Remboursement).

(1) Séjours exclus : longs séjours en maisons de cures médicales et retraite, maisons d'enfants spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médico-éducatifs, médico-psycho-pédagogiques, médico-professionnels et de rééducation, centres de rééducation professionnelle.

(2) Sur présentation d'un justificatif.

(3) **Conditions de renouvellement optique :** Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique. Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Par dérogation aux dispositions précédentes, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin, somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin, 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. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. Par dérogation aux dispositions précédentes, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation aux dispositions précédentes, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique : les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératopathies évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive, les

Plafonds optique dans le cadre des contrats responsables :

Monture : 100€

Monture + 2 verres simples : 420€

Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe : 560€

Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe : 610€

Monture + 2 verres complexes : 700€

Monture + 2 verres très complexes : 800€

Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe : 750€

(3 bis) **Conditions de renouvellement aide auditive :** La prise en charge d'une aide auditive ne peut se faire que sur prescription médicale. Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir du dernier remboursement effectué par l'assurance maladie obligatoire. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(4) Tels que définis réglementairement et visés à l'art R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

(5) Les consultations suivantes : acupuncteur, chiropracteur, diététicienne-nutritionniste, étio-pathe, hypnothérapeute, micro-kinésithérapeute, orthopédiste-orthésiste, pédicure-podologue, psychologue pour enfant, sophrologue. En dehors des consultations, seules les orthèses plantaires sont prises en charge.

(6) Prestation assurée par Malakoff Humanis Assurance, 21 rue Laffite, 75009 PARIS entreprise d'assurance mixte soumise au Code des assurances, immatriculée sous le n° 447 883 661 au répertoire SIRENE.

(7) La nature des interventions ainsi que leurs conditions de mise en oeuvre sont décrites dans un feuillet spécifique, Prestations assurées par Fil Assistance.

(8) MEDAVIZ est une offre de téléconsultation accessible 24h/24 et 7j/7. Le dispositif est détaillé dans un feuillet spécifique.

(9) DEUXIEME AVIS permet un avis de médecin spécialisé. Le dispositif est détaillé dans un feuillet spécifique.

