



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

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

	BASE - C2DP	BASE + OPTION 1 C2DP+ ODP1 <i>En couleur les améliorations liées à l'option</i>	BASE + OPTION 2 C2DP+ ODP2 <i>En couleur les améliorations liées à l'option</i>
HOSPITALISATION (1)			
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien adhérent au DPTAM*	170% BR	220% BR	220% BR
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien non adhérent au DPTAM*	150% BR	200% BR	200% BR
- Forfait journalier hospitalier (frais réels)	Durée illimitée	Durée illimitée	Durée illimitée
- Forfait Patient Urgences (FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Frais de séjour	100% BR	200% BR	300% BR
- Participation forfaitaire sur acte lourd (selon la réglementation en vigueur)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Chambre particulière par jour en ambulatoire	-	2% PMSS soit 78,50 €	3% PMSS soit 117,75 €
- Chambre particulière par jour en médecine, chirurgie, convalescence	1,50% PMSS soit 58,88 €	2% PMSS soit 78,50 €	3% PMSS soit 117,75 €
- Chambre particulière par jour en maternité	1,50% PMSS soit 58,88 €	2% PMSS soit 78,50 €	3% PMSS soit 117,75 €
- Chambre particulière par jour en psychiatrie	1,50% PMSS soit 58,88 €	2% PMSS soit 78,50 €	3% PMSS soit 117,75 €
- Frais d'accompagnant par jour pour les enfants de - de 12 ans	0,50% PMSS soit 19,62 €	1,50% PMSS soit 58,88 €	2% PMSS soit 78,50 €
- Transports pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
SOINS COURANTS			
- Honoraires médicaux Généraliste praticien adhérent au DPTAM*	120% BR	120% BR	120% BR
- Honoraires médicaux Généraliste praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien adhérent au DPTAM*	170% BR	220% BR	220% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien non adhérent au DPTAM*	150% BR	200% BR	200% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour praticien adhérent au DPTAM*	120% BR	220% BR	220% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	200% BR	200% BR
- Examens, radios praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
- Examens, radios praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
- Honoraires paramédicaux (hors sage femme)	100% BR	100% BR	100% BR
- Sage femme	120% BR	120% BR	120% BR
- Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR
- Transports pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments (2)			
- Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical (2)			
- Appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)	100% BR	200% BR	300% BR
Forfait petit appareillage (hors appareillages auditifs et équipements optiques)	25,00 €/ an	35,00 €/ an	50,00 €/ an
- Véhicule codifié VEH par le Régime Obligatoire (fauteuil roulant, ...). (Part mutuelle limitée à 1 500€)	100% BR	200% BR	300% BR
OPTIQUE (2) tel que défini réglementairement (4)			
- Chirurgie réfractive : forfait par œil/ an/ bénéficiaire	10% PMSS soit 392,50 €	22% PMSS soit 863,50 €	35% PMSS soit 1 373,75 €
- Lentilles acceptées par le RO/ an/ bénéficiaire	100% BR + 3% PMSS soit 117,75 €	100% BR + 3% PMSS soit 117,75 €	100% BR + 5% PMSS soit 196,25 €
- Lentilles refusées par le RO/ an/ bénéficiaire	-	3% PMSS soit 117,75 €	5% PMSS soit 196,25 €
A 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)			
Equipelement 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		
Equipelement classe B (hors 100% santé). Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables			
- Monture	RO inclus dans la limite du forfait de 80,00€	RO inclus dans la limite du forfait de 100,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 100,00 €
- Verres simples	RO inclus dans la limite du forfait de 80,00 € (40€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 240,00 € (120€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 290,00 € (145€/verre)
- Verres complexes	RO inclus dans la limite du forfait de 180,00 € (90€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 440,00 € (220€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 460,00 € (230€/verre)
- Un verre simple + un verre complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 130,00 € (40€ + 90€)	RO inclus dans la limite du forfait de 340,00 € (120€ + 220€)	RO inclus dans la limite du forfait de 375,00 € (145€ + 230€)
- Verres très complexes	RO inclus dans la limite du forfait de 300,00 € (150€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 525,00 € (262,50€/verre)	RO inclus dans la limite du forfait de 570,00 € (285€/verre)
- Un verre simple + un verre très complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 190,00 € (40€ + 150€)	RO inclus dans la limite du forfait de 382,50 € (120€ + 262,50€)	RO inclus dans la limite du forfait de 430,00 € (145€ + 285€)
- Un verre complexe + un verre très complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 240,00 € (90€ + 150€)	RO inclus dans la limite du forfait de 482,50 € (220€ + 262,50€)	RO inclus dans la limite du forfait de 515,00 € (230€ + 285€)
- Autres prestations sur verres et monture (filtres, prismes, adaptation de la correction visuelle)	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	120% BR	120% BR	120% BR
- Honoraires médicaux dentiste spécialiste	170% BR	220% BR	220% BR
- Actes techniques médicaux dentaires sans séjour	120% BR	220% BR	220% BR
- Examens, radios dentaires	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
- Soins	125% BR	125% BR	125% BR
- Inlays/ Onlays	125% BR	175% BR	200% BR
- Inlays-core	150% BR	175% BR	200% BR
- Prothèses fixes dents du sourire (incisives, canines, prémolaires) (maxi 3 par an) (4 bis)	275% BR	350% BR	450% BR
- Prothèses fixes autres dents (molaires) (maxi 3 par an) (4 bis)	200% BR	250% BR	350% BR
Autres prestations dentaires :			
- Implantologie non prise en charge par le RO (maxi 2 tous les 3 ans/ bénéficiaire) (4 ter)	8% PMSS soit 314,00 €/ implant + pilier	12% PMSS soit 471,00 €/ implant + pilier	12% PMSS soit 471,00 €/ implant + pilier
- Parodontologie prise en charge par le RO	150% BR	150% BR	150% BR
- Orthodontie prise en charge par le RO	200% BR	250% BR	300% BR
- Désobturation endodontique (maxi 2 actes tous les 3 ans/ bénéficiaire) (4 ter)	2% PMSS soit 78,50 €	2,50% PMSS soit 98,12 €	2,50% PMSS soit 98,12 €

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)			
- Equipement classe I (100% santé)	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		
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire			
- Equipement classe II (hors 100% santé). Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables soit 1700€ (RO inclus)			
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire	100% BR	100% BR + 10% PMSS soit 392,50 €	100% BR + 20% PMSS soit 785,00 €
- Accessoires, entretien, piles, réparations	100% BR	100% BR	100% BR
PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN (2)			
- Prestations de prévention prévues à l'article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR	100% BR	100% BR
- Séance de psychologue remboursée par le RO (Mon Soutien Psy)	100% BR	100% BR	100% BR
- Sevrage tabagique et moyens de contraception non pris en charge/ an/ bénéficiaire	1,50% PMSS soit 58,88 €	2% PMSS soit 78,50 €	4% PMSS soit 157,00 €
- Vaccin anti-grippe et vaccins non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	1,50% PMSS soit 58,88 €	2% PMSS soit 78,50 €	2% PMSS soit 78,50 €
- Médicaments prescrits pour la prévention du paludisme, la fièvre jaune et autres maladies infectieuses liées aux voyages et non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	2% PMSS soit 78,50 €	2% PMSS soit 78,50 €	2% PMSS soit 78,50 €
- Ostéodensitométrie prise en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	100% BR + 13,00 €	100% BR + 25,00 €	100% BR + 38,00 €
- Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	-	25,00 €	50,00 €
- Cures thermales acceptées par le RO (soins, hébergement, transport)	100% BR	100% BR	100% BR
- Forfait pour l'hébergement accepté ou non par le RO/ an/ bénéficiaire	-	5% PMSS soit 196,25 €	7% PMSS soit 274,75 €
- Diététicien non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	25,00 €/ séance (maxi 2)	25,00 €/ séance (maxi 2)	25,00 €/ séance (maxi 2)
- Prestations Bien être non prises en charge par le RO/ an/ bénéficiaire (5)	25,00 €/ séance (maxi 2)	35,00 €/ séance (maxi 3)	45,00 €/ séance (maxi 4)
HOSPITALISATION ET SOINS A L'ETRANGER : si le remboursement des soins s'effectue sur la base du régime obligatoire français	OUI	OUI	OUI
ASSISTANCE (6)	OUI	OUI	OUI
TELECONSULTATION MEDAVIZ (7)	OUI	OUI	OUI
DEUXIEME AVIS (8)	OUI	OUI	OUI
TIERS PAYANT	OUI	OUI	OUI
<i>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.</i>			

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 convenctionnés 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, DM1A 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 troubles de réfraction associés à une pathologie générale, diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique, les troubles de réfraction associés à la prise de corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance est indispensable.

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.

(4 bis) Limité à 3 prothèses par an/par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge 125% BR (Couronnes, bridges et inter de bridge/Couronnes sur implant/Prothèses dentaires amovibles ou fixes/Réparation sur prothèses).

(4 ter) La durée des 3 ans est considérée à partir de la date des premiers actes ou soins réalisés et ayant donné lieu à remboursement.

(5) Les consultations suivantes : acupuncteur, chiropracteur, étiope, hypnothérapeute, micro-kinésithérapeute, orthopédiste-orthésiste, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue. En dehors des consultations, seules les orthèses plantaires sont prises en charge.

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

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

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

