

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>Honoraires, actes et soins</b>				
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	90% B.R.	<b>170% B.R.</b>	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	70% B.R.	<b>150% B.R.</b>	
<b>Participation du patient</b>	Néant	Frais Réels	<b>Frais Réels</b>	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
<b>Séjours</b>				
- Frais de séjour	80% B.R.	70% B.R.	<b>150% B.R.</b>	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	<b>Frais Réels</b>	
- Chambre particulière avec nuitée	Néant	60 € / jour	<b>60 € / jour</b>	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Médecine, Maternité et Chirurgie. Durée limitée à : - 60 jours par année civile en Soins de Suite et Réadaptation (Convalescence, Rééducation,...). - 30 jours par année civile en Psychiatrie.
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	Néant	20 € / jour	<b>20 € / jour</b>	Hors box d'hospitalisation
- Frais d'accompagnement	Néant	25 € / jour	<b>25 € / jour</b>	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Durée illimitée en Médecine, Maternité et Chirurgie. Durée limitée à : - 90 jours par année civile en Soins de Suite et Réadaptation (Convalescence, Rééducation,...) - 60 jours par année civile en Psychiatrie.
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>Honoraires médicaux</b>				
<b>Consultations, visites des médecins généralistes</b>				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	70% B.R.	<b>140% B.R.</b>	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	50% B.R.	<b>120% B.R.</b>	
<b>Consultations, visites des médecins spécialistes</b>				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	100% B.R.	<b>170% B.R.</b>	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	80% B.R.	<b>150% B.R.</b>	
<b>Sages-femmes</b>	60% B.R. ou 70% B.R.	80% B.R. ou 70% B.R.	<b>140% B.R.</b>	
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Actes d'imagerie</b>				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	<b>100% B.R.</b>	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	100% B.R.	<b>170% B.R.</b>	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	80% B.R.	<b>150% B.R.</b>	
<b>Participation du patient</b>	Néant	Frais Réels	<b>Frais Réels</b>	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
<b>Médicaments</b>				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Matériel médical</b>				
- Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	140% B.R.	<b>200% B.R.</b>	
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	100% B.R.	<b>200% B.R.</b>	
<b>Transports</b>				
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Autres prestations</b>				
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'A.M.O. (uniquement injections)	Néant	Frais Réels	<b>Frais Réels</b>	
- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : soins, transport, hébergement, remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	<b>100% B.R.</b>	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
<b>DENTAIRE</b>				
Plafond global de remboursement de 800 € la 1ère année civile d'adhésion, de 1 400 € la 2ème année civile d'adhésion, de 2 000 € la 3ème année civile d'adhésion, de 2 500 € la 4ème année civile d'adhésion et les suivantes, pour les actes dentaires désignés ci-dessous et hors ticket modérateur de 30% B.R. sur les prothèses dentaires remboursées par l'A.M.O.				
- Soins, actes et consultations	70% B.R.	80% B.R.	<b>150% B.R.</b>	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	230% B.R. ou 200% B.R.	<b>300% B.R.</b>	
<b>Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement)</b>				
Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	<b>Frais Réels</b>	
<b>Prothèses hors 100% santé</b>				
Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
Panier à honoraires maîtrisés				
- Inlays onlays	70% B.R.	80% B.R.	<b>150% B.R.</b>	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Prothèses	70% B.R.	230% B.R.	<b>300% B.R.</b>	Actes soumis à des honoraires limites de facturation. Actes soumis au plafond global de remboursement.
Panier à honoraires libres				
- Inlays onlays	70% B.R.	80% B.R.	<b>150% B.R.</b>	
- Prothèses	70% B.R.	230% B.R.	<b>300% B.R.</b>	Actes soumis au plafond global de remboursement.
<b>Actes non remboursés par l'A.M.O.</b>				
- Actes non remboursés par l'AMO	Néant	300 €	<b>300 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>OPTIQUE</b>				
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).				
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.				
<b>Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture)</b>				
Classe A				
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	
- Verres : tous types de correction	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
<b>Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture)</b>				
Classe B - Tarifs libres				
<b>Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins</b>				
- Monture	60% B.R.	80 € moins 60% B.R.	<b>80 €</b>	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	60 € moins 60% B.R.	<b>60 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% B.R.	140 € moins 60% B.R.	<b>140 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% B.R.	140 € moins 60% B.R.	<b>140 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
<b>Enfants moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins</b>				
- Monture	60% B.R.	60 € moins 60% B.R.	<b>60 €</b>	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	50 € moins 60% B.R.	<b>50 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% B.R.	100 € moins 60% B.R.	<b>100 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% B.R.	100 € moins 60% B.R.	<b>100 €</b>	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
<b>Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription</b>				
	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Basse Vision : Kepler et téléagrandisseur</b>				
	Néant	100 €	<b>100 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire
<b>Lentilles</b>				
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R. + 100 €	<b>100% B.R. + 100 €</b>	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Sur prescription médicale. Y compris produits d'entretien.
- Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	100 €	<b>100 €</b>	
<b>Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.</b>				
	Néant	300 €	<b>300 €</b>	Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire.

## REMBOURSEMENTS

### PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE  
OBLIGATOIRE (AMO) DANS  
LE PARCOURS DE SOINS

ASSURANCE MALADIE  
COMPLÉMENTAIRE (AMC)

TOTAL

### PRÉCISIONS

#### AIDES AUDITIVES

Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date

Équipement 100% santé (tels que définis réglementairement)

Classe I - Soumis à des prix limites de vente

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.

PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	PRÉCISIONS
<b>Équipement 100% santé</b>				
<b>Classe I - Soumis à des prix limites de vente</b>				
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.				
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	<b>Frais Réels</b>	Appareillage auditif.
<b>Équipement hors 100% santé</b>				
<b>Classe II - Tarifs libres</b>				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 400 €	<b>100% B.R. + 400 €</b>	Appareillage auditif. Âge apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction <b>Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.</b>
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. + 400 €	<b>100% B.R. + 400 €</b>	Appareillage auditif. Âge apprécié à la date des soins.
<b>Accessoires, entretien, piles, réparations</b>	60% B.R.	40% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Assistance : voir notice d'informations.</b>				
Tous les actes de prévention pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.				
<b>Capital maladies graves : voir notice d'informations</b>				

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

**Exemples de remboursements - Régime général - Garantie responsable**

EXEMPLE	PRIX MOYEN PRATIQUÉ OU TARIF RÉGLEMENTÉ	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS		RESTE À CHARGE	PRÉCISIONS ÉVENTUELLES	COMMENTAIRES
			DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*)	DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)			
<b>HOSPITALISATION</b>							
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	-	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme d'assurance maladie complémentaire.	Prix moyen national de l'acte pour un oeil
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	247,70 €	159,85 €	23,45 €		Prix moyen national de l'acte pour un oeil
Frais de séjour en soins de courte durée	1 470,00 €	1 470,00 €	1 176,00 €	294,00 €	0,00 €	Tarif par jour. Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la sécurité sociale.	Tarif en vigueur au 1er janvier 2019 aux Hospices Civils de Lyon
Chambre particulière en médecine avec nuitée	67,00 €	-	0,00 €	60,00 €	7,00 €	Tarif par jour. Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.	Prix moyen constaté en 2011 en établissement privé (source France Assos Santé - 2018)
<b>SOINS COURANTS</b>							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €	Le reste à charge comprend 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L.322-2 Code Sécurité sociale).	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	18,40 €	22,50 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en dermatologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) hors parcours de soins	48,00 €	23,00 €	5,90 €	10,40 €	31,70 €	Le reste à charge comprend la participation forfaitaire de 1€, ainsi que la majoration du ticket modérateur et l'éventuelle franchise sur les dépassements d'honoraires.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
<b>DENTAIRE</b>							
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €		Tarif conventionnel
Orthodontie remboursée par l'AMO	611,00 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	30,50 €	Tarif pour un semestre.	Prix moyen constaté (source Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale - Juillet 2017)
<b>Prothèse 100% santé</b>							
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €		Honoraire limite de facturation
<b>Prothèse hors 100% santé - Panier honoraires maîtrisés</b>							
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires	538,70 €	120,00 €	84,00 €	276,00 €	178,70 €	Dans la limite du plafond de la garantie.	Prix moyen national de l'acte
<b>Prothèse hors 100% santé - Panier honoraires libres</b>							
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	107,50 €	75,25 €	247,25 €	216,20 €	Dans la limite du plafond de la garantie.	Prix moyen national de l'acte
<b>OPTIQUE</b>							
Lentilles remboursées par l'AMO	210,00 €	78,96 €	47,38 €	131,58 €	31,04 €	Dans la limite du forfait annuel.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
<b>Equipement 100% santé - classe A</b>							
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	Verres simples pour un adulte (plus de 16 ans).	Prix limite de vente
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres progressifs (équipement 100% santé)	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	Verres complexes pour un adulte (plus de 16 ans).	Prix limite de vente
<b>Equipement hors 100% santé - classe B</b>							
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,15 €	0,09 €	199,91 €	145,00 €	Verres simples pour un adulte (plus de 16 ans). Dans la limite des forfaits de la monture et des verres.	Prix moyen national de l'acte
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres progressifs	596,00 €	0,15 €	0,09 €	359,91 €	236,00 €	Verres très complexes pour un adulte (plus de 16 ans). Dans la limite des forfaits de la monture et des verres.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
<b>AIDES AUDITIVES</b>							
<b>Equipement 100% santé - classe I</b>							
Aide auditive de classe I par oreille	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	Equipement pour un adulte (plus de 20 ans).	Prix limite de vente
<b>Equipement hors 100% santé - classe II</b>							
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	560,00 €	676,00 €	Equipement pour un adulte (plus de 20 ans).	Prix moyen national de l'acte

\* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens / SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie.

Sous réserve de non évolution de la base de remboursement.

Exemples de remboursements donnés à titre indicatif - Document non contractuel