

	RO	SPS 1 RO+RC	SPS 2 RO+RC	SPS 3 RO+RC	SPS 4 RO+RC
<b>HOSPITALISATION (Secteur Conventiionné et Non Conventiionné)</b>					
<b>Forfait Journalier Hospitalier</b>					
Forfait Journalier illimité en Chirurgie et Médecine	-	OUI *	OUI *	OUI *	OUI *
Forfait Journalier illimité en Psychiatrie. Forfait Journalier illimité en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour	-	OUI *	OUI *	OUI *	OUI *
<b>Honoraires</b>					
Soins - Honoraires signataire OPTAM / OPTAM CO	80% ou 100% (7)	150%	150%	150%	150%
Soins - Honoraires non signataire OPTAM / OPTAM CO	80% ou 100% (7)	130%	130%	130%	130%
<b>Séjour et Autres frais</b>					
Frais de séjour	80% ou 100% (7)	100%	100%	100%	100%
Chambre Particulière avec hébergement en Chirurgie, Médecine et Maternité (durée illimitée) (1)	-	Limité à 45,00€ / jour	Limité à 45,00€ / jour	Limité à 45,00€ / jour	Limité à 60,00€ / jour
Chambre Particulière sans hébergement (limitée à 10 jours / an)	-	Limité à 7,00€ / jour			
Frais d'accompagnement (lit et repas hospitaliers) pour un enfant de moins de 12 ans en Chirurgie et Médecine (durée illimitée)	-	Limité à 15,00€ / jour	Limité à 15,00€ / jour	Limité à 15,00€ / jour	Limité à 20,00€ / jour
<b>SOINS ET HONORAIRES MEDICAUX (Secteur Conventiionné et Non Conventiionné)</b>					
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Auxiliaires médicaux	60%	100%	100%	100%	150%
Psychologue (séances réalisées dans le cadre du dispositif de la Sécurité Sociale « MonPsy », auprès d'un psychologue partenaire, et après la consultation d'un médecin)	60%	100%	100%	100%	100%
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations, Visites Généralistes signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	125%	125%	125%	175%
Consultations, Visites Généralistes non signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	100%	100%	150%
Consultations, Visites Spécialistes signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	125%	125%	125%	175%
Consultations, Visites Spécialistes non signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	100%	100%	150%
Actes Techniques signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	125%	125%	125%	175%
Actes Techniques non signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	100%	100%	150%
Radiologie signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	100%	100%	150%
Radiologie non signataire OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	100%	100%	100%
<b>Analyses et examens de laboratoires</b>					
Analyses laboratoires	60%	100%	100%	100%	150%
<b>Médicaments</b>					
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) majeur ou important, modéré et faible	Entre 15% et 65% (7)	100%	100%	100%	100%
<b>Matériel Médical</b>					
Petit appareillage	60%	125%	125%	125%	175%
Grand Appareillage (fauteuil roulant 1 fois tous les 5 ans) **	60% ou 100% (7)	100%	100%	100%	100%
<b>Transport</b>					
Transport	65%	100%	100%	100%	150%
<b>AIDES AUDITIVES</b>					
<b>Equipements 100% santé (2)</b>					
Aides Auditives Classe I Reste à charge nul (y compris accessoires)	60%	125% en 2020 Frais engagés à partir de 2021	125% en 2020 Frais engagés à partir de 2021	125% en 2020 Frais engagés à partir de 2021	175% en 2020 Frais engagés à partir de 2021
<b>Equipements à prix libre (2)</b>					
Aides Auditives Classe II	60%	112,5%	112,5%	112,5%	137,5%
Piles pour prothèses auditives	60%	200%	200%	200%	200%
<b>DENTAIRE</b>					
<b>Soins</b>					
Soins, actes d'imagerie, de chirurgie	70%	100%	100%	100%	100%
Inlays, Onlays et Overlays	70%	135%	135%	165%	165%
<b>Soins et Prothèses 100% santé (3)</b>					
Prothèses dentaires remboursées par RO - Panier 100% santé	70%	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés

	RO	SPS1 RO+RC	SPS2 RO+RC	SPS 3 RO+RC	SPS4 RO+RC
<b>Prothèses Hors Panier 100% santé (3*)</b>					
Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires	70%	150%	150%	250%	250%
Inlay-Core remboursés par RO - Hors Panier 100% santé	70%	150%	150%	180%	180%
Prothèses non remboursables par RO	-	70 € / prothèse (maxi 2 fois / an)	70 € / prothèse (maxi 2 fois / an)	70 € / prothèse (maxi 2 fois / an)	70 € / prothèse (maxi 2 fois / an)
<b>Orthodontie</b>					
Orthodontie remboursée par RO	70% ou 100% (7)	150%	150%	250%	250%
Plafond annuel par bénéficiaire : Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires remboursées par RO - Hors Panier 100% santé et orthodontie remboursée par RO. Au delà du plafond, remboursement limité à 100% du TRSS	-	-	-	1 000,00 €	1 000,00 €
<b>OPTIQUE</b>					
<b>Equipements 100% santé (4)</b>					
Equipements de classe A Reste à charge nul (y compris suppléments optiques médicales)	60%	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
<b>Equipements et frais d'optique à prix libre (4)</b>					
<b>Equipements de classe B</b>					
Base de remboursement RO		100%	100%	100%	100%
<b>Forfait Enfant (-16 ans) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 1 an</b>					
Monture, Verres simples	60%	100,00 €	280,00 €	100,00 €	280,00 €
Monture, Verre et verre	60%	150,00 €	330,00 €	150,00 €	330,00 €
Monture, Verres complexes ou très complexes	60%	200,00 €	380,00 €	200,00 €	380,00 €
<b>Forfait Adulte (16 ans et +) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans</b>					
Monture, Verres simples	60%	100,00 €	450,00 €	100,00 €	450,00 €
Monture, Verre et verre	60%	150,00 €	500,00 €	150,00 €	500,00 €
Monture, Verres complexes ou très complexes	60%	200,00 €	550,00 €	200,00 €	550,00 €
Forfait annuel Lentilles remboursées ou non ***	60% ou néant	50,00 €	160,00 €	50,00 €	160,00 €
<b>CURE THERMALE</b>					
Soins et honoraires de surveillance	65% ou 70% (7)	100%	100%	100%	100%
Forfait annuel hébergement (hors restauration) et transport	-	50,00 €	50,00 €	50,00 €	150,00 €
<b>MATERNITE</b>					
Forfait Naissance si adhésion de l'enfant le 1 <sup>er</sup> jour du mois de naissance ****	-	100,00 €	100,00 €	100,00 €	200,00 €
<b>GARANTIES NOUVELLES (Forfait annuel par bénéficiaire)</b>					
Actes d'acupuncture, d'ostéopathie, d'homéopathie, d'étiopathie, de chiropractie, d'hypnose, de shiatsu, d'aromathérapie, de nutritionniste, de psychothérapeute, de sexothérapeute/sexologue, de phytothérapie, d'oligothérapie, de nutrithérapie, de coach sportif, de coach en développement personnel, d'art-thérapie, de musicothérapie, de drainage lymphatique, d'olfactothérapie et de thérapie de couple (sur présentation facture acquittée). Podologue (sur présentation facture acquittée). Actes d'ostéodensitométrie (sur présentation d'ordonnance et de facture acquittée). Vaccins non pris en charge par les Régimes de base Obligatoires (sur présentation d'ordonnance et de facture acquittée). Produits de phytothérapie, sur présentation de facture acquittée (ayant fait l'objet d'une ordonnance)	-	50,00 € / an	50,00 € / an	50,00 € / an	70,00 € / an
Médicaments prescrits ou non y compris les médicaments homéopathiques, les produits de phytothérapie, les vaccins, les huiles essentielles, les compléments alimentaires, les probiotiques, les huiles et produits detox, les huiles de CBD et gélules CBD non remboursés par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire	-	50% Frais Réels maxi 35,00 € / an	50% Frais Réels maxi 35,00 € / an	50% Frais Réels maxi 35,00 € / an	50% Frais Réels maxi 55,00 € / an
<b>DEPENDANCE (5)</b>					
<b>Autonomie Santé</b>					
Capital en cas de Dépendance Totale	-	500,00 €	500,00 €	500,00 €	500,00 €
<b>COUPS DURS (à partir du 01/04/2023)</b>					
<b>Indemnités « Coups Durs » (par année civile et par Chef de famille de + de 18 ans) en cas :</b>					
Perte d'emploi (jusqu'à 55 ans) Rétablissement personnel Arrêt de travail (jusqu'à 65 ans) Hospitalisation suite à accident Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (jusqu'à 75 ans)	-	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>DOUBLE-AVIS (5)</b>	-	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>TELECONSULTATION</b>	-	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>CARTE AVANTAGE (5)</b>	-	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>SOINS A L'ETRANGER (6)</b>	(7)	OUI	OUI	OUI	OUI

RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire - OPTAM / OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée (Chirurgien obstétrique).

Les taux exprimés sont soumis à la base de remboursement du régime général.

**Assistance** : 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, sur simple appel téléphonique.

Le remboursement des dépenses par la Mutuelle ne peut en aucun cas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Les garanties s'expriment soit en euros, soit en pourcentage. Sauf mention contraire, les forfaits et plafonds annuels s'appliquent par bénéficiaire et par année civile.

Les avenants de changement de Niveau ne sont pas possibles en cours d'année.

Frais de télévision en Chirurgie et Médecine : envoyez les justificatifs à la Mutuelle : 1,52 € / jour (maxi 152,45 € / an).

Les garanties du contrat santé ci-dessus respectent l'ensemble des règles des contrats solidaires et responsables.

Il bénéficie du Tiers Payant généralisé, à hauteur du tarif de responsabilité, pour les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables. En cas de refus d'un médicament générique ou de non-respect du parcours des soins coordonnés, le Tiers Payant est facultatif.

Il respecte la réglementation liée au parcours de soins.

La franchise appliquée sur les actes médicaux lourds sera remboursée par la Mutuelle.

Actes de prévention : Ostéodensitométrie, Vaccinations : Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite tous âges.

\* Forfait journalier : tarif en vigueur défini par le Ministère de la Santé.

\*\* Les frais de réparation sont limités au ticket modérateur.

\*\*\* Sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre Régime Obligatoire.

\*\*\*\* Le forfait naissance est versé par la Commission Sociale de la Mutuelle.

**(1)** limitée à 30 jours en psychiatrie et à 90 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour.

**(2)** Tels que définis réglementairement et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins et du plafond du contrat responsable.

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive peut être fait à l'échéance d'une période de 4 ans suivant la précédente délivrance. Pour le renouvellement, le remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé est soumis à certaines conditions :

- L'appareil auditif actuel n'est plus adapté ou fonctionnel ;

- Le délai de garantie de 4 ans de l'appareil est passé ;

- Vous bénéficiez d'une prescription médicale.

Pour renouveler la prise en charge de vos appareils auditifs, une prescription médicale établie par un oto-rhino-laryngologiste (ORL) est nécessaire.

Attention : Les prothèses auditives sont prises en charge par l'Assurance maladie à condition qu'elles appartiennent à une catégorie inscrite sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursés.

Votre mutuelle conditionne le remboursement de toute prestation d'audioprothèse à la réception des pièces suivantes :

- La copie de l'ordonnance de prescription des audioprothèses par l'ORL,

- La copie du tracé et du compte rendu du dernier audiogramme réalisé,

- La copie des 2 devis que l'audioprothésiste vous a transmis, l'un des devis doit obligatoirement concerner une aide auditive de classe 1 (offre 100% Santé),

- Tout document jugé nécessaire par la mutuelle pour l'instruction de votre dossier.

Désormais, les aides auditives sont réparties en deux catégories :

- Les aides auditives de classe 1 (offre 100% Santé) : elles permettent aux assurés de prétendre à une offre exonérée de reste à charge.

- Les aides auditives de classe 2 (en dehors du 100% Santé) : ce sont des dispositifs médicaux à prix libres. Ils ne permettent pas de garantir une absence de reste à charge.

Les prestations de suivi qui sont attachées à ces aides auditives sont comprises dans le prix d'achat de l'équipement.

**(3)** Tels que définis réglementairement.

Dans la limite du prix de facturation fixé par les textes officiels à la date des soins.

**(3\*)** Tels que définis réglementairement.

Au sujet des garanties dentaires, les remboursements des actes concernés par un dépassement d'honoraires et/ou non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (tels que implants et parodontologie) sont conditionnés par :

- Un accord d'entente préalable du service de Conseil dentaire de la Mutuelle,

- La fourniture éventuelle d'éléments complémentaires (radios pré, per et post-opératoires, bilan parodontal, déclaration de conformité...).

Ces pièces, parties intégrantes de votre dossier médical, peuvent vous être demandées par notre chirurgien-dentiste consultant, garant du secret médical, selon la nature du plan de traitement établi par votre praticien traitant.

**(4)** Tels que définis réglementairement.

Conditions de renouvellement d'un équipement optique :

■ La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 3 décembre 2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.

- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement 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 précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

■ Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement 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 l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

■ La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.

- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Remboursement d'un verre neutre : le remboursement d'un verre neutre (sans correction) hors du panier 100% Santé (classe B) se fera à hauteur du remboursement du verre simple.

Définition des types de verres : (au sens de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale) :

- Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

- Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

- Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

**(5)** Garanties régies par des conditions générales spécifiques.

**(6)** Soins à l'étranger.

La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, en Corse, ainsi que dans les DOM.

- Cas des sinistres survenus à l'étranger

La garantie du contrat s'étend aux maladies et accidents survenus à l'étranger si les deux conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- si les soins ont été prodigués au cours d'un séjour temporaire de moins de 3 mois hors de la France métropolitaine, de la Corse et des DOM ;

- et, si les soins ont fait l'objet d'une prise en charge par un Régime obligatoire de Sécurité Sociale français, ou par un Régime obligatoire relevant de la Carte européenne dans la zone Union Européenne, Espace Economique Européen, ou en Suisse.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle prend en charge les dépenses exposées :

- à hauteur du ticket modérateur, sur la base du décompte de la Caisse de Régime obligatoire de Sécurité Sociale française, ou de celui du pays dans lequel les soins ont été réalisés ;

- sur présentation de tout justificatif utile au versement de la prise en charge tels que copies du formulaire S3125 de déclaration de soins reçus à l'étranger (destiné au régime de base obligatoire), des ordonnances, de factures diverses acquittées, frais de transport, etc... (liste non exhaustive), ou de toute autre pièce complémentaire demandée par la Mutuelle. La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle intervient dans les limites suivantes :

- S'agissant des frais d'hospitalisation à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale française, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera une indemnité de 100 € (cent euros) par journée d'hospitalisation, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1500 € (mille cinq cents euros).

- S'agissant de frais dentaires à l'étranger :

- Si les frais dentaires ont été engagés dans l'un des pays frontaliers suivants (Allemagne, Belgique, Luxembourg, Italie, Espagne), et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, le remboursement de la Mutuelle s'effectuera conformément aux garanties souscrites telles que figurant dans le tableau contractuel des garanties, et ce, toujours dans la limite des frais engagés (application des limites de garanties et des plafonds annuels, le cas échéant).

- Si les frais dentaires ont été engagés dans un pays non cité précédemment, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle Assureur, cette dernière versera un forfait de 200 € (deux cents euros) par prothèse et/ou implant, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1000 € (mille euros).

- S'agissant de frais optiques à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 € (cents euros) par équipement ou 50 € (cinquante euros) par paire de lentilles, dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.

- S'agissant de frais d'audioprothèse à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 € (cents euros) par prothèse (oreille), dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.

La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

**(7)** Selon la nature des soins.