



SOINS COURANTS

Honoraires médicaux et paramédicaux

Généralistes: consultations et visites			
signataires OPTAM	TM + 120% BR	40% BR	TM + 160% BR
non signataires OPTAM	TM + 100% BR	250% BR	TM + 350% BR
Spécialistes: consultations et visites			
signataires OPTAM	TM + 125% BR	100% BR	TM + 225% BR
non signataires OPTAM	TM + 100% BR	250% BR	TM + 350% BR
Petite chirurgie & actes techniques médicaux			
signataires OPTAM	TM + 120% BR	100% BR	TM + 220% BR
non signataires OPTAM	TM + 100% BR	70% BR	TM + 170% BR
Kinésithérapeutes*	TM + 65% BR	-	TM + 65% BR
Auxiliaires Médicaux (hors kinésithérapeutes)	TM + 60% BR	-	TM + 60% BR
Transport remboursé par la Sécurité sociale	TM + 265% BR	-	TM + 265% BR
Imagerie médicale			
signataires OPTAM	TM + 70% BR	100% BR	TM + 170% BR
non signataires OPTAM	TM + 50% BR	120% BR	TM + 170% BR

Analyses

Analyses et examens de laboratoire	TM + 60% BR	-	TM + 60% BR
------------------------------------	-------------	---	-------------

Pharmacie

Médicaments prescrits	TM	-	TM
-----------------------	----	---	----

Matériel médical

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par la Sécurité sociale, y compris semelles orthopédiques ⁽³⁾	TM + 460% BR/ prothèse (limité à 1 PMSS/ prothèse/an)	200% BR/prothèse	TM + 660% BR/ prothèse (limité à 1 PMSS/ prothèse/an)
Véhicule pour personne handicapée physique ⁽³⁾	TM + 460% BR/ véhicule (limité à 1 PMSS/ véhicule/an)	200% BR/véhicule	TM + 660% BR/ véhicule (limité à 1 PMSS/ véhicule/an)



DENTAIRE

Soins et prothèses 100% Santé⁽⁴⁾ prise en charge intégrale

Soins et prothèses à tarifs maîtrisés ou libres

Soins

Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire)	TM + 70% BR	50% BR	TM + 120% BR
Soins dentaires pratiqués par un dentiste qui dispose d'un droit permanent au dépassement	TM + 120% BR	50% BR	TM + 170% BR
Stomatologie	TM + 120% BR	50% BR	TM + 170% BR

Prothèses

Prothèses dentaires fixes jusqu'à la 1 ^{er} prémolaire incluse (dents 14-24-34-44) prises en charge ou non par la Sécurité sociale	TM + 520% BR	50% BR	TM + 570% BR
Prothèses dentaires fixes à compter de la 2 ^e prémolaire (dents 15-25-35-45) prises en charge ou non par la Sécurité sociale	TM + 520% BR	50% BR	TM + 570% BR
Prothèses amovibles ⁽⁵⁾	TM + 500% BR	70% BR	TM + 570% BR
Inlay Core	TM + 400% BR	-	TM + 400% BR
Inlay-Onlay ("onlays d'obturation")	TM + 200% BR	50% BR	TM + 250% BR
Prothèses transitoires ⁽⁶⁾	500% BR	-	500% BR
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	530% BR**	70% BR**	600% BR**

Parodontie

Parodontie prise en charge par la Sécurité sociale	TM + 70% BR	50% BR	TM + 120% BR
Surfaçage radiculaire (détartrage sous gingival)	100% FR (limité à 250€/an/ bénéficiaire)	100€/an/ bénéficiaire	100% FR (limité à 350€/an/ bénéficiaire)
Greffe gingivale, greffe osseuse			

MA PRÉVOYANCE SANTÉ
MA PRÉVOYANCE SANTÉ +
MES GARANTIES TOTALES
Implantologie

Implant intraosseux (racine) non pris en charge par la Sécurité sociale	700€/dent/an Prise en charge totale limitée à 2 dents/an***	100€/dent/an Prise en charge totale limitée à 2 dents/an***	800€/dent/an Prise en charge totale limitée à 2 dents/an***
Infrastructure coronaire (inlay core) non prise en charge par la Sécurité sociale			
Couronne sur implant	TM + 500% BR	70% BR	TM + 570% BR
Orthodontie			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	300% BR	100% BR	400% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR**	100% BR**	200% BR**


OPTIQUE

- Plus de 16 ans: Un équipement par période de 2 ans – Un an en cas d'évolution du défaut de vision⁽⁷⁾
- Enfants de moins de 16 ans: Un équipement par an, sauf en cas de souscription de Ma Prévoyance Santé +, qui prévoit le remboursement de plus d'un équipement optique par an, sous réserve de justifier d'une évolution du défaut de vision

Équipements 100% Santé ⁽⁴⁾		prise en charge intégrale	
Équipements du panier libre			
Lunettes			
Monture	100€	25€	125€
Verre blanc simple Sphérique			
Sphère de -6 à +6	135€	25€	160€
Sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	180€	48€	228€
Hors zone de -10 à +10	237€	63€	300€
Verre blanc simple Sphérique-cylindrique			
Cylindre < +4; Sphère de -6 à +6	146€	14€	160€
Cylindre < +4; Sphère hors zone de -6 à +6	219€	81€	300€
Cylindre > +4; Sphère de -6 à +6	205€	80€	285€
Cylindre > +4; Sphère hors zone de -6 à +6	278€	22€	300€
Verre blanc progressif Sphérique			
De -4 à +4	260€	90€	350€
Hors zone de -4 à +4	310€	190€	500€
Verre blanc progressif Sphéro-cylindrique			
De -8 à +8	300€	50€	350€
Hors zone de -8 à +8	350€	150€	500€
Suppléments et prestations en optique			
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	TM	-	TM
Verres avec filtre	TM	-	TM
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	TM	-	TM
Optique autres			
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	294€/an/ bénéficiaire et au minimum TM	74€/an/ bénéficiaire	368€/an/ bénéficiaire et au minimum TM
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	294€/an/ bénéficiaire	74€/an/ bénéficiaire	368€/an/ bénéficiaire
Chirurgie réfractive (toutes amétropies)	917€/œil	367€/œil	1 284€/œil


AIDES AUDITIVES

Équipements 100% Santé ⁽⁴⁾		prise en charge intégrale	
Équipements du panier libre			
Appareils auditifs pris en charge par la Sécurité sociale ⁽⁶⁾	100% FR, limité à 1 700€/oreille (Sécurité sociale incluse) tous les 4 ans	-	100% FR, limité à 1 700€/oreille (Sécurité sociale incluse) tous les 4 ans
Piles pour appareil auditif	TM	-	TM

* Les dépassements d'honoraires des kinésithérapeutes ne sont pas remboursables s'ils sont réalisés sans autorisation de l'Assurance Maladie.

** La base de remboursement (BR) est reconstituée.

***Avec possibilité d'avance sur 4 ans, pour 8 dents, en cas de nécessité dûment justifiée par un acte médical.



AUTRES PRESTATIONS

Indemnité de naissance ou adoption ⁽⁹⁾	10 % PMSS	-	10 % PMSS
Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	TM + 367€	-	TM + 367€
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, acupuncture ⁽¹⁰⁾	50 €/séance (max 5/an/bénéficiaire)	10 €/séance (max 5/an/bénéficiaire)	60 €/séance (max 5/an/bénéficiaire)
Acte de prévention: Substituts nicotiniques Sur prescription médicale et facture ⁽¹¹⁾	25€ par substitut dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire et au minimum TM	-	25€ par substitut dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire et au minimum TM
Hypnothérapie, sophrologie, diététicien, réflexologie, naturopathie: Sur facture acquittée avec cachet indiquant la spécialité ⁽¹⁰⁾ Sevrage tabagique: Sur facture acquittée ⁽¹²⁾	25 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)	5 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)	30 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)
Pédicure, Podologue ⁽¹⁰⁾	25 €/séance (max 3/an/bénéficiaire)	-	25 €/séance (max 3/an/bénéficiaire)
Psychologue, psychomotricien, ergothérapeute ⁽¹⁰⁾	50 €/séance (max 6/an/bénéficiaire)	50 €/séance (max 4/an/bénéficiaire)	50 €/séance (max 10/an/bénéficiaire)
Consultation d'un psychologue remboursée par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif "Mon Psy"	TM	-	TM
Dépistage prénatal non invasif des trisomies 13, 18 et 21 (appelé DPNI ou DPANI): Sur prescription médicale	390 €/an/bénéficiaire	-	390 €/an/bénéficiaire
Vaccins et examens biologiques prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale	80 €/an/bénéficiaire	-	80 €/an/bénéficiaire
Pilule contraceptive et autres moyens de contraception non remboursés par la Sécurité sociale	50 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
Prothèses mammaires, capillaires et postiches en cas d'ALD	200 €/an/bénéficiaire	-	200 €/an/bénéficiaire
Système d'autosurveillance glycémique	250 €/an/bénéficiaire	-	250 €/an/bénéficiaire

FR: Frais Réels

BR: Base de Remboursement de la Sécurité sociale

TM: Ticket Modérateur: différence entre la BR et le remboursement de la Sécurité sociale

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

OPTAM (ex CAS): Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM CO (ex CAS): Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

ALD: Affection longue durée "exonérante" inscrite sur la liste "ALD 30" fixée par décret

- ⁽¹⁾ Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants:
- cures médicales en établissements de personnes âgées,
 - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées,
 - centres de rééducation professionnelle,
 - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
 - ateliers thérapeutiques.
- ⁽²⁾ Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. En psychiatrie: prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.
- ⁽³⁾ Dans les cas où la limite est atteinte, versement du montant le plus favorable entre 1 PMSS et TM + 100 % BR.
- ⁽⁴⁾ Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- ⁽⁵⁾ Prothèses amovibles: la base de remboursement varie selon le nombre de dents. Au 01/01/2025 celle-ci est comprise entre 64,40 € et 365,50 €.
- ⁽⁶⁾ Prothèses transitoires: base de remboursement = 10 €.
- ⁽⁷⁾ Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ⁽⁸⁾ À compter de 2021: une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement.
- ⁽⁹⁾ Par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivant cette date.

⁽¹⁰⁾ Sur présentation de l'original de la facture - Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° adhérent ou INSEE et/ou le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

⁽¹¹⁾ Au-delà de 4 substituts nicotiniques remboursés par an et par bénéficiaire, application du ticket modérateur.

⁽¹²⁾ Sevrage tabagique: consultations cognito-comportementales et/ou consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

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 taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:

- déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L160-13 II du code de la Sécurité sociale),

- déduction des franchises médicales (visées à l'article L160-13 III du code de la Sécurité sociale).

La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).

Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.

Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.

PRÉCISION SUR L'OPTIQUE

Dans certaines situations, la prise en charge de deux équipements est autorisée: intolérance ou contre-indication aux verres progressifs, ou multifocaux, amblyopie et/ou strabisme nécessitant une pénalisation optique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément.