

**GARANTIES**

Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2017.  
Les pourcentages des remboursements comprennent la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et la part mutuelle

	Formule 1 INITIALE	Formule 2 CONFORT 150	Formule 3 CONFORT 200	Formule 4 CONFORT 300	Formule 5 PREMIUM
	A.M.O. + mutuelle	A.M.O. + mutuelle	A.M.O. + mutuelle	A.M.O. + mutuelle	A.M.O. + mutuelle
<b>MEDECINE</b>					
Honoraires médicaux Généralistes – Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Honoraires médicaux Généralistes – Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Honoraires médicaux Spécialistes – Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Honoraires médicaux Spécialistes – Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Actes de spécialité – Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Actes de spécialité – Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Échographie, radiologie – Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Échographie, radiologie – Praticien Non Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Auxiliaires médicaux	100%	150%	200%	300%	300%
Analyses (Biologie)	100%	150%	200%	300%	300%
<b>HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE (1)</b>					
Frais de séjour	100%	200%	300%	400%	500%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) – Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	150%	175%	200%	300%	400%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) – Praticien Non signataire OPTAM / OPTAM CO	125%	150%	175%	200%	200%
Frais d'accompagnement (-de 18 ans) Par jour en % PMSS	0.50%	1%	1%	1%	2%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) Par jour, soit en Euros	17 €	33 €	33 €	33 €	66 €
Chambre particulière (2) Par jour en % du PMSS	1%	2%	3%	5%	6%
Chambre particulière (2) Par jour, soit en Euros	33 €	66 €	99 €	166 €	199 €
Forfait journalier sans limitation de durée (3)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption (4) en % PMSS	5%	7%	9%	15%	20%
Prestation maternité / adoption (4) soit en Euros	166 €	232 €	298 €	497 €	662 €
<b>DENTAIRE</b>					
Soins dentaires	100%	150%	300%	400%	500%
Prothèses remboursées par l'AMO	125%	150%	300%	400%	500%
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	125%	150%	300%	400%	500%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	150%	300%	400%	500%
Orthodontie non remboursée par l'AMO	387 €	580 €	1 161 €	1 548 €	1 935 €
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 actes / an / bénéficiaire)	135 €	160 €	320 €	430 €	540 €
Plafond par an/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées (5)	805 €	1 126 €	1 448 €	2 091 €	3 218 €
<b>OPTIQUE</b>					
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	60%	60%	60%	60%
<b>Forfaits en complément de l'AMO :</b>					
<b>Un EQUIPEMENT ADULTE (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (6)</b>					
<b>Un EQUIPEMENT ENFANT (1 monture + 2 verres) Forfait annuel (6)</b>					
Forfait Monture	50 €	100 €	150 €	150 €	150 €
Forfait par Verre unifocal simple et moyenne correction	50 €	100 €	150 €	160 €	160 €
Forfait par Verre unifocal forte correction	75 €	125 €	200 €	275 €	300 €
Forfait par Verre multifocal faible correction	75 €	125 €	200 €	275 €	300 €
Forfait par Verre multifocal forte correction	100 €	150 €	230 €	330 €	350 €
<b>Pour ADULTES et ENFANTS</b>					
Lentilles remboursées ou non par l'AMO – Crédit annuel	100 €	150 €	250 €	300 €	450 €
Opération des yeux (chirurgie réfractive) – Par œil	100 €	150 €	250 €	300 €	450 €
<b>TRANSPORT</b>					
Transport	100%	100%	100%	300%	300%
<b>APPAREILLAGES, PRODUITS et PRESTATIONS PRESCRITS (LPP)</b>					
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	100%	200%	300%	400%	500%
Prothèses auditives (achat appareil) – Par oreille	100%	200%	300%	400%	500%
Autres prothèses	100%	200%	300%	400%	500%
Appareillages	100%	200%	300%	400%	500%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels)	100 €	150 €	200 €	350 €	450 €
<b>PHARMACIE</b>					
Pharmacie remboursée par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%
<b>CURES THERMALES</b>					
Forfait cure	100%	100%	100%	100%	100%
Surveillance médicale	100%	100%	100%	100%	100%
Hébergement, hydrothérapie	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) en % du PMSS	5%	7%	9%	15%	20%
Forfaits complémentaires (dans la limite des frais réels) en €	166 €	232 €	298 €	497 €	662 €
<b>PRÉVENTION</b>					
Ensemble des actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (Liste disponible auprès de la mutuelle).	100%	100%	100%	100%	100%
<b>DÉCÈS (7)</b>					
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus, en % PMSS	100%	100%	100%	100%	100%
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus, soit en Euros	3 311 €	3 311 €	3 311 €	3 311 €	3 311 €
<b>SANTÉ CONNECTÉE PRESCRITE</b>					
Forfait par an et par bénéficiaire	100 €	150 €	250 €	350 €	450 €
Médecine à distance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSÉES PAR L'AMO</b>					
Forfait par an et par bénéficiaire pour : MEDECINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO : Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés, et tous autres actes prescrits. MEDECINE DOUCE : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits.	100 €	150 €	200 €	300 €	300 €
<b>SERVICES ET ASSISTANCE</b>					
Garantie Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Avantage réseau de soins	Carte Blanche	Carte Blanche	Carte Blanche	Carte Blanche	Carte Blanche
Protection juridique santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Espace assuré	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

(1) Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus.

(2) La durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée en Chirurgie, Médecine et Maternité. La chambre particulière est limitée à une prise en charge de 90 jours par an en psychiatrie ou dans les autres établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence). En clinique non conventionnée (hors psychiatrie et autres établissements spécialisés) la participation est limitée à 45 € par jour.

(3) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.

(4) Si inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption.

(5) Dentaire : Plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO.

Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (AMO + Mutuelle).

(6) Optique : Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années civiles; sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas une année civile).

(7) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660.

**LEXIQUE**

AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement de la sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / TM : Ticket modérateur / OPTAM / OPTAM CO : Convention médicale qui régit les relations entre les médecins libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie (a remplacé au 01/01/2017 le CAS, Contrat d'Accès aux Soins).

Forfait de 18 € / acte pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par la mutuelle.

Les prestations en Euros sont accordées par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.

Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.