

HOSPITALISATION		MV1	MV2	MV3
Frais de séjour		150 %	250 %	300 %
Honoraires d'un chirurgien sans dépassement ou avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM)		150 %	250 %	300 %
Honoraires d'un chirurgien sans dépassement ou avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM)		130 %	200 %	200 %
Forfait journalier hospitalier		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait Participation Assuré		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre Particulière en illimitée		40 € / jour	60 € / jour	75 € / jour
Chambre Particulière Psychiatrie (limitée à 30 jours/an)		-	-	25 € / jour
Chambre Particulière Rééducation et Convalescence (limitée à 60 jours/an)		-	-	25 € / jour
Frais d'accompagnant enfant – de 16 ans (hors psychiatrie, rééducation et convalescence)		18 € / jour	26 € / jour	32 € / jour
SOINS COURANTS				
Consultation d'un médecin généraliste ou d'un spécialiste sans dépassement ou avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un)		150 %	250 %	300 %
Consultation d'un médecin généraliste ou d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM)		130 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes ...)		150 %	250 %	300 %
Actes de Radiologie, échographie, actes techniques médicaux sans dépassement ou avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM)		150 %	250 %	300 %
Actes de Radiologie, échographie, actes techniques médicaux d'un praticien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM)		130 %	200 %	200 %
Examens de laboratoire		150 %	250 %	300 %
Médicaments prescrits et remboursés par le régime obligatoire		100 %	100 %	100 %
Soins à l'étranger		100 %	100 %	100 %
Transport		150 %	250 %	300 %
Orthopédie, appareillage et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire		100 %	100 %	100 %
Forfait annuel orthopédie, appareillage et accessoires médicaux		-	-	93€
DENTAIRE				
Consultation, soins dentaires et inlay-onlay remboursés par le régime obligatoire		150 %	250 %	300 %
Orthodontie accepté par le régime obligatoire		150 %	250 %	350 %
🦷 PANIER RESTE A CHARGE 0 – 100 % SANTÉ ⁽¹⁾ A PARTIR DU 1 ^{ER} JANVIER 2020 *		Zéro reste à charge dans la limite du 100% Santé		
Actes prothétiques remboursés par le régime obligatoire entrant dans le champ du panier 100% santé		Remboursement intégral ⁽²⁾		
🦷 ACTES PROTHETIQUES PANIER MODERE OU LIBRE (HORS PANIER RESTE A CHARGE ZERO, 100% SANTÉ)				
Prothèses dentaires, Inlay-Core et réparations acceptées par le régime obligatoire		150 %	250 %	350 %
Implantologie		-	100 € / an	200 € / an
OPTIQUE ⁽²⁾				
🕒 EQUIPEMENT 100% SANTÉ ⁽¹⁾ – SANS RESTE A CHARGE A PARTIR DU 1 ^{ER} JANVIER 2020 *		Zéro reste à charge dans la limite du 100% Santé		
Un équipement montures et verres de Classe A		Remboursement intégral ⁽²⁾		
🕒 EQUIPEMENT OPTIQUE – PANIER LIBRE ⁽³⁾				
Monture		50 €	100 €	100 €
Verre simple ⁽⁴⁾		50 €	75 €	125 €
Verre complexe ⁽⁴⁾		100 €	125 €	175 €
Verre très complexe ⁽⁴⁾		100 €	125 €	175 €
Lentilles acceptées et refusées par le régime obligatoire (forfait annuel)		-	100 €	200 €
AIDES AUDITIVES ⁽⁵⁾				
🕒 EQUIPEMENT 100% SANTÉ ⁽¹⁾ – SANS RESTE A CHARGE A PARTIR DU 1 ^{ER} JANVIER 2021 *		Zéro reste à charge dans la limite du 100% Santé		
Prothèses auditives remboursées par le régime obligatoire – Appareil de Classe 1		Remboursement intégral ⁽²⁾		
🕒 EQUIPEMENT HORS PANIER DE SOINS 100% SANTÉ ⁽⁶⁾				
Prothèses auditives remboursées par le régime obligatoire – Appareil de Classe 2		100 %	100 %	100 %
Forfait annuel prothèses auditives		100 €	150 €	300 €
CURES THERMALES				
Honoraires / Soins		100 %	100 %	100 %
MEDECINES DOUCES				
Ostéopathes, Acupuncteurs, Etiopathes, Homéopathes, Diététiciens, Podologues, Pédicures		Forfait 60 €	Forfait 100 €	Forfait 150€
ACTES ET EXAMENS DE PREVENTION				
Vaccins prescrits (non remboursés par le régime obligatoire)		30 €	40 €	50 €
Dépistage Hépatite B		100 %	100 %	100 %
Dépistage des troubles de l'audition (1 fois tous les 5 ans)		100 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie (Examen tous les 6 ans pour les femmes de +50ans)		100 %	100 %	100 %
Détartrage complet (limité à 2 séances par an)		100 %	100 %	100 %
MUTUELLE ASSISTANCE (24h/24 et 7j/7)		OUI	OUI	OUI
FOND DE SECOURS		OUI	OUI	OUI
TIERS PAYANT		OUI	OUI	OUI

Le montant des prestations est exprimé « remboursement de la sécurité sociale incluse » sauf forfaits exprimés en Euros dans la limite des frais engagés .

(*) Tels que fixés réglementairement – voir tableaux détaillés en annexes

(1) Le panier 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiology. La Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire. Avant l'entrée en vigueur du panier « 100% SANTE », la prise en charge s'effectue à hauteur des prestations Hors « 100% SANTE ».

(2) Dans le respect du cadre réglementaire des prix limites de vente (PLV)

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les personnes âgées de 16 ans et plus ;
- par période d'un an pour les personnes de moins de 16 ans ;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, les périodes visées ci-dessus sont réduites dans les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et notamment :

- la période de deux ans qui s'applique aux personnes de 16 ans et plus est réduite à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et une monture) en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2 du chapitre 2 du titre II de la LPP ;
- la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ;
- dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

(4) On entend par :

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

(5) Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L 165-1. du code de la Sécurité sociale.

Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir, sur prescription médicale, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;

- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré. Cette condition fait l'objet d'une attestation du prescripteur dont copie est transmise à la caisse d'assurance maladie.

Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives sont remboursées dans la limite de 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les appareils hors 100% santé.

(6) dans la limite de 1700€ par oreille à appareiller sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-Co)

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrise (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'Optam ou à l'Optam-Co que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'Optam ou l'Optam-co.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

REFORME 100% SANTE

LE 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débutera progressivement à partir du 1^{er} janvier 2020. Si vous souhaitez bénéficier des prestations comprises dans les « paniers 100% SANTE » les soins et équipements seront intégralement remboursés par le régime obligatoire de l'assurance maladie et la complémentaire santé.

Garanties incluses dans le panier 100% santé	Remboursements sur toutes les formules	Composition du panier	Entrée en vigueur
OPTIQUE			
Monture	Au maximum de 100 € (1)	Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30€ (Classe A) ; chaque opticien aura au minimum 17 Modèles différents de montures adultes « 100% santé » en deux coloris différents	A effet du 1 ^{er} janvier 2020
Verres	Entièrement remboursé	Verres traitants l'ensemble des troubles visuels Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires	
DENTAIRE			
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire) Inlays-Onlays	Entièrement remboursé	Couronnes céramiques monolithiques et céramo- métalliques sur les dents visibles (Incisives, canines, et 1 ^{ère} pré-molaire) Couronnes céramiques monolithiques, zircone (incisives et canines) Couronnes métalliques toutes localisations	Mise en place progressive à partir du 1 ^{er} janvier 2020
Inlay-Core		Inlays Core et couronnes transitoires	
Prothèses dentaires		Bridges céramo-métallique (incisives et canines) ; bridges full zircone et métalliques toutes localisations ; prothèses amovibles à base de résine	
AIDES AUDITIVES			
PROTHESES AUDITIVES	Entièrement remboursé	Tous types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire Au moins 12 cabnaux de réglages (ou dispositif de qualité équivalente pour assurer une adéquation de la correction du trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30dB 4 ans de Garantie. Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits de vent, synchronisation binaurale, directivité micro-phonique adaptative, bande passante élargie, supérieur ou égale à 6000Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération	Mise en place à partir du 1 ^{er} janvier 2021

