

## TABLEAU DE GARANTIE COLLECTIVITES TERRITORIALES AVEC PARTICIPATION

SOINS COURANTS	BLEUET	COQUELICOT	JONQUILLE	LYS	ORCHIDEE
	SS + Mutuelle	SS + Mutuelle	SS + Mutuelle	SS + Mutuelle	SS + Mutuelle
Consultations et visites Signataire de l'OPTAM	100% BBR	100% BBR	150% BBR	200% BBR	200% BBR
Consultations et visites Non Signataire de l'OPTAM	100% BBR	100% BBR	130% BBR	180% BBR	180% BBR
Consultations de spécialistes Signataire de l'OPTAM	100% BBR	100% BBR	175% BRR	300% BRR	350% BRR
Consultations de spécialistes Non Signataire de l'OPTAM	100% BBR	100% BBR	155% BRR	200% BRR	200% BRR
Actes en ADI(radio), ADE(echo), ATM(acte en médicaux) acte en K Signataire de l'OPTAM	100% BBR	100% BBR	135% BRR	200% BRR	200% BRR
Actes en ADI(radio), ADE(echo), ATM(acte en médicaux) acte en K Non Signataire de l'OPTAM	100% BBR	100% BBR	130% BRR	180% BRR	180% BRR
Laboratoire et Auxiliaires Médicaux (infirmier, kiné, orthophonie...)	100% BRR	100% BRR	150% BRR	190% BRR	190% BRR
Laboratoire - Prélèvements refusés Sécurité Sociale	NEANT	NEANT	50,00 € par an	50,00 € par an	50,00 € par an
Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale	100% BRR	100% BRR	100% BRR	100% BRR	100% BRR
15% vignette orange	85% BRR	100% BRR	100% BRR	100% BRR	100% BRR
<b>DENTAIRE</b>					
Soins dentaire	100% BRR	100% BRR	170% BRSS	200% BRSS	250% BRSS
Prothèse dentaire acceptée par la Sécurité Sociale	100% BRR	270% de BRSS <i>limité à 2000 €/an</i>	350% de BRSS <i>limité à 2500 €/an</i>	400% de BRSS <i>limité à 2996 €/an</i>	500% de BRSS <i>limité à 3000 €/an</i>
Prothèse dentaire refusée par la Sécurité Sociale notifiée à la nomenclature	NEANT	NEANT	150,00 € par dent	150,00 € par dent	250,00 € par dent
Prothèse dentaire Hors Nomenclature refusée par la SS	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT
Implant	NEANT	NEANT	250,00 € par implant <i>limité à 2 par an</i>	400,00 € par implant <i>limité à 2 par an</i>	450,00 € par implant <i>limité à 3 par an</i>
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	NEANT	200% BRSS	250% BRSS	300% BRSS	350% BRSS
Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT
<b>OPTIQUE (1) 1 équipement tous les 2 ans (1 monture 2 verres) date d'achat sauf enfant - 18 ans et avis médicale</b>					
Monture	-	100% + Forfait de 70,00 €	100% + Forfait de 100,00 €	100% + Forfait de 120,00 €	100% + Forfait de 150,00 €
2 verres simples (Enfant et Adulte)	100% + Forfait de 60,00 € monture + verres	Forfait de 100,00 €	Forfait de 200,00 €	Forfait de 300,00 €	Forfait de 320,00 €
2 verres mixtes (1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe) (Enfant et Adulte)	100% + Forfait de 125,00 € monture + verres	Forfait de 130,00 €	Forfait de 200,00 €	Forfait de 300,00 €	Forfait de 400,00 €
2 verres mixtes (1 verre complexe et 1 verre très complexe) (Enfant et Adulte)	100% + Forfait de 200,00 € dont 150 maxi pour la monture + verres	Forfait de 130,00 €	Forfait de 200,00 €	Forfait de 300,00 €	Forfait de 400,00 €
2 verres complexes ou très complexes (Enfant et Adulte)	100% + Forfait de 200,00 € dont 150 maxi pour la monture + verres	Forfait de 130,00 €	Forfait de 200,00 €	Forfait de 300,00 €	Forfait de 400,00 €
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale	30,00 € par an	80,00 € par an	100,00 € par an	150,00 € par an	150,00 € par an
Keratochirurgie Forfait annuel par œil	NEANT	100,00 € par œil	200,00 € par œil	300,00 € par œil	400,00 € par œil
<b>HOSPITALISATION</b>					
Frais de séjour conventionnés et non conventionné	100% BRR	100% BRR	100% BRR	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires conventionnés et non conventionnés signataire de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO	NEANT	200,00 €/ an	400,00 € / an	600,00 € / an	1000,00 € / an
Honoraires conventionnés et non conventionnés Non signataire de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT
Franchise de 18 € (acte > à 120€)	NEANT	18,00 €	18,00 €	18,00 €	18,00 €
Forfait journalier Médicale, Chirurgicale et Psychiatrie Illimité (à l'exception des établissements médico-sociaux)	FRAIS REELS ILLIMITE	FRAIS REELS ILLIMITE	FRAIS REELS ILLIMITE	FRAIS REELS ILLIMITE	FRAIS REELS ILLIMITE
Chambre Particulière 60 jours par an (Médecine, Chirurgie, Psychiatrie et Maternité)	NEANT	50,00 € / jour	60,00 € / jour	70,00 € / jour	80,00 € / jour
Frais accompagnants 60 jours par an par enfant de - 16 ans	NEANT	30,00 € / jour	40,00 € / jour	50,00 € / jour	60,00 € / jour
Transport Ambulance	100% BRR	100% BRR	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Télévision Forfait par hospitalisation	NEANT	Forfait de 45,00 € par hospitalisation	Forfait de 45,00 € par hospitalisation	Forfait de 45,00 € par hospitalisation	Forfait de 45,00 € par hospitalisation
<b>DIVERS</b>					
Acoustique (Prothèse Auditive) prise en charge par la Sécurité Sociale par oreille et par an	NEANT	100 % du BRSS + Forfait de 360,00 €	100 % du BRSS + Forfait de 460,00 €	100 % du BRSS + Forfait de 560,00 €	100 % du BRSS + Forfait de 1000,00 €
Appareillage et /ou Orthopédie pris en charge par la Sécurité Sociale	NEANT	170 % du BRSS <i>limité à 1500 €/par appareil</i>	210 % du BRSS <i>limité à 1700 €/par appareil</i>	260 % du BRSS <i>limité à 2000 €/par appareil</i>	260 % du BRSS <i>limité à 2000 €/par an</i>
Forfait maternité	NEANT	250,00 €	300,00 €	350,00 €	400,00 €
Cure thermale acceptée pa la Sécurité Sociale	NEANT	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Hébergement cure forfait par cure	NEANT	Forfait 121,96 €	Forfait 175,00 €	Forfait 250,00 €	Forfait 275,00 €
<b>PREVENTION</b>					
Pharmacie non remboursée (sur prescription médicale), Patch anti-tabac, Pillule non remboursée.	15,24 € par vaccin	50,00 € par an	75,00 € par an	100,00 € par an	125,00 € par an
Densitométrie osseuse refusée par la Sécurité Sociale (1 fois/3 ans) :	10,00 €	20,00 €	30,00 €	40,00 €	40,00 €
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, pédicure	NEANT	25,00 € par séance <i>(limité à 2 actes /an)</i>	25,00 € par séance <i>(limité à 3 actes /an)</i>	25,00 € par séance <i>(limité à 4 actes /an)</i>	40,00 € par séance <i>(limité à 4 actes /an)</i>

BRSS : Base de Remboursement Sécurité Sociale/ TM : Ticket Modérateur

Tous nos Forfaits sont par année civile sauf l'optique.

Les remboursements des Frais de santé sont dans la limite des dépenses engagées.

Les majorations et/ou les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

\***OPTAM** = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (anciennement CAS = Contrat d'Accès aux Soins) / OPTAM CO = OPTAM pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique / Dispositifs mis en place par l'Assurance Maladie pour limiter les dépassements d'honoraires. Pour savoir si votre médecin est signataire, contactez la Sécurité sociale au 3646 ou consultez [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr)

(1) **OPTIQUE** : contrat responsable article 2 décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014

Un équipement : (1 monture + 2 verres)

**Verres simple foyer** dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

**Verres complexes** 1 verre simple foyer et 1 verre complexe ou très complexe (multifocaux ou progressifs) dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries;

**Verres très complexes** (multifocaux ou progressifs) sphère-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Type de verre	Désignation	Code LPP adulte	Base de remboursement Sécurité Sociale	Remboursement Sécurité Sociale
<b>Verres simples foyers, sphériques</b>				
Sphérique de -6 à +6	Verre simple foyer	2203240/2287916	2,29 €	1,37 €
Sphérique de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	Verre simple foyer	2263459/2265330 2280660/2282793	4,12 €	2,47 €
Sphérique < à -10 ou > à +10	Verre simple foyer	2235776/2295896	7,62	4,57 €
<b>Verres simples foyers, sphéro-cylindriques</b>				
Cylindre < +4 sphère de -6 à +6	Verre simple foyer	2226412/2259966	3,66 €	2,20 €
Cylindre < +4 sphère de < -6 ou > +6	Verre simple foyer	2254868/2284527	6,86 €	4,12 €
Cylindre > +4 sphère -6 ou +6	Verre simple foyer	2212976/2252668	6,25 €	3,75 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	Verre simple foyer	2288519/2299523	9,45 €	5,67 €
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphériques</b>				
Sphérique de -4 à +4	Verre multifocal complexe	2290396/2291183	7,32 €	4,39 €
Sphérique < -4 ou > +4	Verre multifocal très complexe	2245384/2295198	10,32 €	6,49 €
<b>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques</b>				
Sphérique de -8 à +8	Verre multifocal complexe	2227038/2299180	10,37 €	6,22 €
Sphérique < -8 ou > +8	Verre multifocal très complexe	2202239/2252042	20,54 €	14,72 €
<b>Monture</b>				
	Monture	2223342	2,84 €	1,70 €

<b>TABLEAU DE REMBOURSEMENT OPTIQUE (Contrat Responsable)</b>			
Désignation de l'équipement (2 verres + 1 monture (maxi 150,00 € monture))	Minimum obligatoire par équipement	Maximum obligatoire par équipement	Remboursement Mutuelle + TM par équipement
<b>Equipement simple</b> (2 verres simples) + monture	50,00 €	470,00 €	Selon votre contrat
<b>Equipement mixte</b> (1 verre simple et 1 verre complexe) + monture	125,00 €	610,00 €	Selon votre contrat
<b>Equipement complexe</b> (2 verres complexes) + monture	200,00 €	750,00 €	Selon votre contrat
<b>Equipement mixte</b> (1 verre simple et 1 verre très complexe) + monture	125,00 €	660,00 €	Selon votre contrat
<b>Equipement mixte complexe</b> (1 verre complexe et 1 verre très complexe) + monture	200,00 €	800,00 €	Selon votre contrat
<b>Equipement très complexe</b> (2 verres très complexes) + monture	200,00 €	850,00 €	Selon votre contrat