

SOINS COURANTS	ECO Remboursement Mutuelle + Sécurité Sociale	MÉDIAN Remboursement Mutuelle + Sécurité Sociale	MAXI Remboursement Mutuelle + Sécurité Sociale
Consultation et Visite Généraliste Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	130% BR
Consultation et Visite Généraliste NON Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	110% BR	110% BR
Consultation de Spécialiste Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	161% BR	178% BR
Consultation de Spécialiste NON Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	141% BR	148% BR
Acte en K - ADA, ADC et ATM et en soin externe, Acte de Radiologie (ADE-ADI et soin externe) Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	130% BR	178% BR
Acte en K - ADA, ADC et ATM et en soin externe, Actes de Radiologie (ADE-ADI et soin externe) NON Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	110% BR	148% BR
Auxiliaire Médicaux (Infirmier, Kiné, Orthophonie...)	100% BR	130% BR	178% BR
Laboratoire pris en charge par la Sécurité Sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Laboratoire Hors Nomenclature	NON	NON	40,00 € par an
Pharmacie et Vaccin remboursés par la Sécurité Sociale	100% BR	100% BR	100% BR
HOSPITALISATION Etablissement conventionné et non conventionné			
Frais de Séjours en hospitalisation - Médicale (DMT 101) - Chirurgicale (DMT 137) - Maternité (DMT 183)	100% BR	100% BR	100% BR
Frais de Séjours en hospitalisation en établissements spécialisés si pris en charge par la Sécurité Sociale - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230)	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier illimité - Médecine (DMT 101) - Chirurgie (DMT 137) - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230) (à l' exception des établissements Médico-Sociaux)	100% FR	100% FR	100% FR
Honoraires des Praticiens Signataire de l'OPTAM/OPTAM-CO (DMT 137)	100% BR	220% BR limité à 150,00 €* par an	230% BR limité à 300,00 €* par an
Honoraires des Praticiens NON Signataire de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO (DMT 137)	NEANT	200% BR limité à 150,00 €* par an	200% BR limité à 300,00 €* par an
Franchise Actes Techniques (si K ≥ 50 ou Frais Réels ≥ 91€)	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre Particulière limitée à 30 jours par an - Médecine (DMT 101) - Chirurgie (DMT 137) - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230) - Maternité (DMT 183)	NON	50,00 € par jour	60,00 € par jour
Frais Accompagnants enfant moins de 16 ans ou handicapé 30 jours/an	NON	30,00 € par jour	30,00 € par jour
Forfait Maternité ou Adoption	200,00 € par enfant	200,00 € par enfant	200,00 € par enfant
Transport pris en charge par la Sécurité Sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Télévision 30 jours par hospitalisation	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
DENTAIRE (Plafond annuel pour l'appareillage dentaire : 2 885 € par an) Hors Remboursement Sécurité Sociale			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Inlay-Onlay	100% BR	220% BR	220% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale	220% BR	220% BR + Forfait 150,00 € par dent	220% BR + Forfait 200,00 € par dent
Appareil dentaire à partir de 3 dents pris en charge par la Sécurité Sociale	220% BR	220% BR + Forfait de 300,00 € par an	220% BR + Forfait de 500,00 € par an
Implantologie	NON	Forfait de 200,00 € par an	Forfait de 400,00 € par an
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	100% BR + Forfait 100,00 € par semestre	100% BR + Forfait 200,00 € par semestre	100% BR + Forfait 300,00 € par semestre
OPTIQUE 1 équipement (2 verres + 1 monture) tous les 2 ans date d'achat de l'équipement (sauf mineur ou évolution de la vue)			
Monture	60% BR + 55,00 €	60% BR + 85,00 €	60% BR + 100,00 €
Verres simples foyer	60% BR + 45,00 € par Verre	60% BR + 55,00 € par Verre	60% BR + 75,00 € par Verre
Verres complexe ou très complexes	60% BR + 90,00 € par Verre	60% BR + 100,00 € par Verre	60% BR + 120,00 € par Verre
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale	60% BR + 80,00 € par an	60% BR + 100,00 € par an	60% BR + 120,00 € par an
Kératotomie (chirurgie réfractive de l'œil) et Implants Multifocaux	NON	Forfait 100,00 € par œil	Forfait 150,00 € par œil

APPAREILLAGE (Hors Dentaire) accepté par la Sécurité Sociale			
Appareillage et/ou Orthopédie pris en charge par la Sécurité Sociale	100% BR	100% BR + Forfait 200,00 € par an	100% BR + Forfait 300,00 € par an
Acoustique limité à 2 appareils par an	100% BR + 80,00 € par oreille	100% BR + 300,00 € par oreille	100% BR + 350,00 € par oreille
CURE THERMALE ACCEPTEE PAR LA SECURITE SOCIALE			
Cure Thermale acceptée par la Sécurité Sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait Hébergement Cure	NON	120,00 € par an	150,00 € par an
ACTE DE PREVENTION			
Ostéodensitométrie osseuse (1 acte tous les 3 ans)	20,00 € par acte	20,00 € par acte	20,00 € par acte
Ostéopathe, Etiopathe, Chiropracteur, Pédicure, Diététicien	Forfait 20,00 € 2 séances par an	Forfait 20,00 € 2 séances par an	Forfait 20,00 € 3 séances par an
Vaccins pris en charge par la Sécurité Sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale	Forfait 10,00 € par Vaccin	Forfait 15,00 € par Vaccin	Forfait 15,00 € par Vaccin
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES			
Soins à l'étranger	100% BR	100% BR	100% BR
Aide sociale	Sur Commission	Sur Commission	Sur Commission
IMA Assistance à domicile après hospitalisation (voir conditions)	OUI	OUI	OUI
Accès au centre Mutualiste FMP	Toute la France	Toute la France	Toute la France

FR : Frais Réels / **SS** : Sécurité Sociale / **BR** : Base de Remboursement SS/ **TM** : Ticket Modérateur

Optique : **Les remboursements s'entendent par verres**

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**

Optique - Descriptifs des verres : 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
Verres simples foyers, sphériques				
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 < -10 ou > +10	Verre simple foyer	2235776/2295896	7,62	4,57 €
Verres simples foyers, sphéro-cylindriques				
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 €
Verres multifocaux ou progressifs sphériques				
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 €
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques				
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 €
Monture				
	Monture	2223342	2,84 €	1,70 €