



Le 100% santé : C'est une offre qui vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualités, prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale et la Complémentaire Santé. Cette réforme est inscrite dans l'article 51 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité Sociale pour 2019 et précisée par plusieurs textes d'application, décrets et arrêté. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ses paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

SOINS COURANTS	BASIC AMO + AMC	ZEN AMO + AMC	OPTIUM AMO + AMC
Consultation et Visite de Généraliste • Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ³ • NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ³	100% BR 100% BR	220% BR 200% BR	370% BR 200% BR
Consultation de Spécialiste • Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ³ • NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ³	100% BR 100% BR	220% BR 200% BR	370% BR 200% BR
Acte en ADI (Radio), ADE (Échographie), ATM (Acte Technique Médical) • Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ³ • NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ³	100% BR 100% BR	220% BR 200% BR	370% BR 200% BR
Auxiliaires Médicaux , (Orthophonie, Orthoptie, Infirmière, Kinésithérapeute...)	100% BR	210% BR	360% BR
Laboratoire pris en charge par l'AMO Laboratoire Hors Nomenclature forfait par année civile	100% BR NEANT	210% BR 50,00 €	360% BR 50,00 €
Pharmacie et Vaccin pris en charge par l'AMO Vignette Orange 15%	100% BR 80% BR	100% BR	100% BR
Appareillage et /ou Orthopédie (Hors Dentaire et acoustique) pris en charge par l'AMO <i>forfait par année civile</i>	170% BR limité à 1 500,00 € par appareil	210% BR limité à 1 700,00 € par appareil	260% BR limité à 2 000,00 € par appareil
HOSPITALISATION Etablissement conventionné et non conventionné			
Frais de Séjours - Médicale (DMT 101) - Chirurgicale (DMT 137) - Maternité (DMT 183)	100% BR	100% BR	100% BR
Frais de Séjours en établissements spécialisés si pris en charge par l'AMO - 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)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires des Praticiens Forfait par année civile (DMT 137) Signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO ³	230% BR limité à 300,00 €	300% BR limité à 600,00 €	400% BR limité à 1 000,00 €
Honoraires des Praticiens Forfait par année civile (DMT 137) NON signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO ³	200% BR limité à 300,00 €	200% BR limité à 600,00 €	200% BR limité à 1 000,00 €
Franchise Actes Techniques (si coefficient du K ≥ 50 ou acte dont le tarif est ≥ à 120 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre Particulière limitée à 60 jours par année civile - Médecine (DMT 101) - Chirurgie (DMT 137) - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230) - Maternité (DMT 183)	60,00 € par jour	70,00 € par jour	80,00 € par jour
Frais Accompagnant enfant moins de 16 ans ou enfant handicapé 30 jours par année civile	30,00 par jour	50,00 € par jour	70,00 € par jour
Forfait Maternité ou Adoption par enfant sous réserve de l'adhésion de(s) l'enfant(s) à la mutuelle	250,00 € par Enfant	300,00 € par Enfant	350,00 € par Enfant
Transport pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Télévision 30 jours par hospitalisation	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
COGEMUT FilAssistance assistance à domicile après hospitalisation (voir conditions)	OUI	OUI	OUI
DENTAIRE			
Consultation et Soins dentaires pris en charge par l'AMO	100% BR	170% BR	270% BR
Parodontologie pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Endodontologie pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie pris en charge par l'AMO <i>forfait par semestre de date en date</i>	200% BR	250% BR	400% BR

PANIER A - 100% SANTÉ- dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)¹			
Prothèses dentaire PANIER A (remboursement intégral)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
PANIER B Maîtrisé : dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)¹ et PANIER C LIBRE (Plafond annuel dentaire ² pour les garanties BASIC et ZEN limité à 2 000,00 € par année civile et limité 3 000,00 € pour la garantie OPTIUM Hors remboursement Sécurité Sociale et soins dentaire. Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% du tarif de responsabilité.			
Inlay-Onlay pris en charge par l'AMO	125% BR	200% BR	270% BR
Inlay-Core par acte pris en charge par l'AMO	125% BR	150% BR	180% BR
Couronne dentaire transitoire pris en charge par l'AMO	125% BR	200% BR	270% BR
Couronne dentaire pris en charge par l'AMO			
Bridges pris en charge par l'AMO	270% BR	400% BR	600% BR
Prothèses amovibles pris en charge par l'AMO			
Réparation prothèse pris en charge par l'AMO	125% BR	200% BR	270% BR
Implantologie			
• Implant <i>non remboursé par l'AMO forfait par implant et par année civile</i>	NEANT	250,00 € / 2 implants	400,00 € / 3 implants
• Couronne dentaire implantoportée prise en charge par l'AMO	270% BR	400% BR	600% BR
OPTIQUE - 1 équipement correspond à (1 monture et 2 verres) les remboursements s'entendent par verre, tous les 2 ans (date d'achat) sauf avis médical et enfant moins de 16 ans⁹			
PANIER CLASSE A - 100% SANTÉ optique - dans la limite du prix de vente (PLV)¹			
Monture + verres panier 100% santé (remboursement intégral)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
PANIER CLASSE B LIBRE Equipement pris en charge par l'AMO (Forfait par verre)			
Monture⁴	60% BR + 70,00 €	60% BR + 80,00 €	60% BR + 100,00 €
Verre A simple⁵	60% BR + 65,00 €	60% BR + 110,00 €	60% BR + 125,00 €
Verre C complexe⁶	60% BR + 65,00 €	60% BR + 120,00 €	60% BR + 150,00 €
Verre F très complexe⁷	60% BR + 75,00 €	60% BR + 135,00 €	60% BR + 200,00 €
Prestations supplémentaires⁸	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles remboursées ou refusées par l'AMO, Kératotomie (chirurgie réfractive de l'œil) et implants multifocaux forfait par année civile	100% BR + 80,00 €	100% BR + 100,00 €	100% BR + 170,00 €
AIDE AUDITIVE prise en charge par l'AMO limité à 2 appareils par an (une aide auditive par oreille) tous les 4 ans			
A partir du 1^{er} janvier 2021			
PANIER CLASSE I 100% SANTÉ - dans la limite du prix de vente (HLF)¹			
Appareil auditif prises en charge par l'AMO Forfait par oreille (limité 2 appareils (une aide auditive par oreille) par année civile)	Frais Réels Au 01/01/2021	Frais Réels Au 01/01/2021	Frais Réels Au 01/01/2021
Panier CLASSE II LIBRE – dans la limite du (HLF)¹ Plafond de 1 700 € par aide auditive			
Appareil auditif (limité à 2 appareils par année civile (une aide auditive par oreille) et tous les 4 ans)	100% BR + 360,00 € par oreille	100% BR + 460,00 € par oreille	100% BR + 560,00 € par oreille
Piles – Entretien et réparation	100% BR	100% BR	100% BR
ACTE DE PREVENTION			
Tous les actes de prévention prévus dans la liste au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et par l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR	100% BR	100% BR
• Cure Thermale pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
• Forfait Hébergement Cure Forfait par année civile	121,96 €	200,00 €	300,00 €
Ostéodensitométrie osseuse (1 acte tous les 3 ans) pris en charge par l'AMO	20,00 € par acte	30,00 € par acte	40,00 € par acte
Ostéopathe, Chiropracteur, Etiopathe, Pédicure, Diététicien	20,00 € séance 2 séances par an	25,00 € par séance 4 séances par an	40,00 € par séance 4 séances par an
Vaccins non pris en charge par l'AMO	15,24 € par vaccin	15,24 € par vaccin	15,24 € par vaccin
Soins à l'étranger pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR

¹(HLF) Honoraires Limites de Facturation Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». (PLV) Le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social **Précisée par décret**. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre

² Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement

³ **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

FR : Frais Réels / **BR** : Base de Remboursement Sécurité Sociale **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire **RC** : Régime Complémentaire mutuelle **AMC** Assurance Maladie Complémentaire

Tous nos Forfaits sont par année civile sauf l'optique, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. **Vos remboursements** sont toujours effectués déduction faite du remboursement de l'AMO dans la limite de la formule choisie. **Dans tous les cas**, les remboursements sont limités au montant réelle en euros (contrat responsable en application de la loi N°2004-810 du 13 août 2004) – **Hors parcours de soins**, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8€ ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L322-2 du code de la sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N°2005-1226 du 29 septembre 2005.

OPTIQUE

⁴ A partir du 1^{er} janvier 2020 et conformément à la réforme « 100% santé », le forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100,00 € dans le cadre d'un équipement de Classe B et ne pourra pas excéder 30,00 € pour un équipement de Classe A sans reste à charge pour les assurés.

Les assurés pourront choisir des équipements différents, **Premier cas** une monture en Classe B aux prix libres (le remboursement sera plafonné à 100 €) et des verres en Classe A (sans reste à charge), **Deuxième cas** une monture en Classe A (le remboursement des montures sera plafonné à 30€ sans reste à charge) et des verres aux prix libres Classe B (avec du reste à charge pour l'assuré).

⁵ **Verres simple A** - verres unifocaux sphère entre - 6,00 et + 6,00

- Ou verres unifocaux cylindre < ou égal +4,00 et sphère -6,00 à 0
- Ou verres unifocaux sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égal à 6,00

⁶ **Verres complexes C** - autres verres unifocaux

- Ou verres multifocaux ou progressifs sphère de - 4,00 à + 4,00
- Ou verres multifocaux ou progressifs cylindre < ou égal à +4,00 et sphère de 8,00 à 0
- Ou verres multifocaux ou progressifs sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égal à 8,00

⁷ **Verres très complexes F** - autres verres multifocaux ou progressifs

⁸ **Les Suppléments Optique** sont pris intégralement dans le Panier A 100% santé et uniquement le ticket modérateur dans le Panier B libre ses suppléments sont : L'Adaptation de la correction visuelle, L'Appairage, Les Verres avec filtre, Et Autres (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques).

⁹ Conditions générales de renouvellement des équipements conformément à l'annexe 4 de la circulaire du 29 mai 2019

- **Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement
- **Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- **Pour les enfants jusqu'à 6 ans**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.
- **Les différents délais** s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier équipement concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

DENTAIRE

Les prothèses dentaires du 100% santé

- **Couronnes céramiques monolithique et céramo-métalliques** sur les dents visibles (incisives, canines et 1er prémolaire)
- **Couronnes céramiques monolithiques zircons** (incisives et canines) ;
- **Couronnes métalliques** toutes localisations.
- **Inlays Core et couronnes transitoires** ;
- **Bridges céramo-métalliques** (incisives et canines) ; **bridges full zircon** et métalliques toutes localisations ;

Le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de vous en informer préalablement au moyen **de 2 devis écrits** que vous signerez, éventuellement, pour acceptation.

- Un devis dans le RAC 0
 - Un devis dans le panier maîtrisé ou le panier libre
- Chaque devis doit comporter, notamment, les éléments suivants :**
- la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ;
 - le montant des honoraires correspondant au traitement ;
 - le montant remboursé par l'Assurance Maladie.

Ces devis seront à transmettre à la mutuelle pour acceptation, sans devis la mutuelle se réserve le droit de refuser le remboursement à l'assuré, si le praticien ne respecte pas les plafonds du « 100% santé »

Le remboursement dentaire est **limité à un plafond par an (voir grille) pour (Les Inlays-Cores, les Inlays-Onlays, les couronnes, les bridges, les prothèses amovibles et la réparation de prothèse),**
Hors remboursement Sécurité Sociale et soins dentaire.

Au-delà de ce plafond, la garantie est réduite à 100 % du tarif de responsabilité.