

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	SENIOR AMO + AMC	SENIOR PLUS 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	133% BR 113% BR
Consultation de Spécialiste • Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ³ • NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ³	100% BR 100% BR	187% BR 167% 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	100% BR 100% BR
Auxiliaires Médicaux , (Orthophonie, Orthoptie, Infirmière, Kinésithérapeute...)	100% BR	100% BR
Laboratoire remboursé par L'AMO	100% BR	100% BR
Laboratoire non remboursé par l'AMO forfait par an	NEANT	50,00 €
Pharmacie et Vaccin pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR
Vignette orange 15%	80% BR	80% BR
Franchise Actes Techniques (si k> 60 ou Frais Réels > à 120€)	Frais Réels	Frais Réels
Appareillage et /ou Orthopédie (Hors Dentaire et acoustique) pris en charge par l'AMO <i>forfait par année civile</i>	150% BR	150% BR + 304,90 €
HOSPITALISATION Etablissement conventionné et non conventionné		
Frais de Séjours - Médicale (DMT 101) - Chirurgicale (DMT 137) - Maternité (DMT 183)	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
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
Honoraires des Praticiens • Signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO ³ • NON signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO ³ Forfait par année civile (DMT 137)	100% BR 100% BR	220% BR limité à 200,00 € 200% BR limité à 200,00 €
Participation Forfaitaire Franchise Actes Techniques si k> 60 ou Frais Réels 120€	Frais réels	Frais réels
Chambre Particulière limitée à 60 jours par an - Médecine (DMT 101) - Chirurgie (DMT 137) - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230) - Maternité (DMT 183)	60,00 € par jour	60,00 € par jour
Frais Accompagnant 30 jours par année civile	30,49 par jour	30,49 € par jour
Transport pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR
Frais de Télévision 30 jours par hospitalisation (sous réserve que la facture soit envoyée dans les 30 jours qui suis la sortie de l'hospitalisation)	Frais Réels	Frais Réels
COGEMUT FilAssistance assistance à domicile après hospitalisation (voir conditions)	OUI	OUI
DENTAIRE		
Consultation et Soins dentaires pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR
Parodontologie (TDS) remboursée par l'AMO	100% BR	100% BR
Parodontologie (TDS) Non remboursée par l'AMO par année civile	50,00 €	100,00 €
Endodontologie pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR

PANIER A - 100% SANTÉ - dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)¹		
Prothèses dentaires du PANIER A (remboursement intégral)	Frais Réels	Frais Réels
PANIER B Maîtrisé et PANIER C LIBRE dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)¹ (Plafond annuel pour l'appareillage dentaire : 2 885,00 € par an ²) Hors remboursement Sécurité Sociale et soins Au-delà des plafonds la garantie est réduite à 100% du tarif de responsabilité.		
Inlay-Onlay, Inlay-Core, Couronne dentaire transitoire, Réparation prothèse pris en charge par l'AMO	125% BR	135% BR
Couronne dentaire, Bridges, Prothèses amovibles remboursées par l'AMO forfait par année civile	245% BR	245% BR + 500,00 €
OPTIQUE 1 équipement correspond à (1 monture et 2 verres) ⁸ 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
PANIER CLASSE B LIBRE Equipement pris en charge par l'AMO (Forfait par verre)		
Monture⁴	60% BR + 70,00 €	60% BR + 100,00 €
Verre simple (a)⁵	60% BR + 90,00 € par verre	60% BR + 167,50 €
Verre complexe (c)⁶	60% BR + 90,00 € par verre	60% BR + 167,50 €
Verre très complexe (f)⁷	60% BR + 90,00 € par verre	60% BR + 167,50 €
Prestations supplémentaires optiques⁸	100% BR	100% BR
Lentilles remboursées ou refusées par l'AMO forfait par année civile	60% BR + 80,00 € par verre	60% BR + 100,00 €
Kératotomie (chirurgie réfractive de l'œil) et implants multifocaux forfait par œil et par année civile ou Chirurgie Laser de la Myopie	50,00 € par œil	100,00 € par œil
AIDE AUDITIVE prise en charge par l'AMO limité à 2 appareils par an (une aide auditive par oreille) tous les 4 ans		
PANIER CLASSE I 100% SANTÉ - dans la limite du prix de vente (HLF)¹		
Appareil auditif (limité à 2 appareils (une aide auditive par oreille) par année civile et tous les 4 ans)	Frais Réels	Frais Réels
Panier CLASSE II LIBRE dans la limite du prix de vente (HLF)¹		
Prothèses Auditives prises en charge par l'AMO Forfait par année civile (limité à 2 appareils (une aide auditive par oreille) par année civile)	240% BR	240% BR + 304,90€
Aide auditive Piles – Entretien et réparation	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 par l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR	100%BR
Cure Thermale pris en charge par l'AMO Forfait Hébergement Cure Forfait par année civile	100% BR 121,96 €	100% BR 121,96 €
Ostéodensitométrie osseuse (1 acte tous les 3 ans) pris en charge par l'AMO	20,00 € par acte	30,00 € par acte
Ostéopathe, Chiropracteur, Étioptathe, Pédicure limité à 2 séances par année civile	30,00 € par séance	30,00 € par séance
Soins à l'étranger remboursés par l'AMO	100% BR	100% BR
Vaccins Non remboursés par l'AMO	20,00 € par vaccin	20,00 € par vaccin

¹(PLV) Le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **Précisée par décret - (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 ».

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 **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée Sécurité Sociale **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire **RC** : Régime Complémentaire mutuelle

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

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 réel en euros (contrat responsable en application de la loi N°2004-810 du 13 août 2004) pour les soins Hors parcours, la majoration du ticket modérateur, la franchise de 8,00 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévue 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** - verres uni focaux sphère entre - 6,00 et + 6,00
 - Ou verres uni focaux cylindre < ou égal +4,00 et sphère -6,00 à 0
 - Ou verres uni focaux sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égal à 6,00
- ⁶ **Verres complexes** - autres verres uni focaux
 - 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** - 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 visuel, L'Appairage, Les Verres avec filtre, Et Autres (prisme, système antipetits, 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 »

COTISATION 2022

	De 70 à 74 ans	De 75 à 79 ans	De 80 à 84 ans	De 85 à 89 ans	De 90 à 94 ans	Plus de 95 ans
SENIOR	92,07 €	98,49 €	104,84 €	111,24 €	117,64 €	124,04 €
SENIOR PLUS	125,10 €	132,99 €	143,23 €	149,62 €	157,29 €	166,23 €