




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 arrêtés. 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	Coquelicot AMC + AMO	Jonquille AMC + AMO	Lys AMC + AMO
Consultations et Visites de Généralistes Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ¹ NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ¹	100% BR 100% BR	150% BR 130% BR	200% BR 180% BR
Consultations de Spécialistes Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ¹ NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ¹	100% BR 100% BR	175% BR 155% BR	300% BR 200% BR
Téléconsultation MEDAVIZ (30 spécialités joignables en permanence inclus dans votre contrat). ☎ 09 73 03 02 66	OFFERT	OFFERT	OFFERT
Acte en ADI (Radio), ADE (Échographie), ATM (Acte Technique Médical) Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ¹ NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO ¹	100% BR 100% BR	150% BR 130% BR	200% BR 180% BR
Auxiliaire Médicaux , (Orthophonie, Orthoptie, Infirmière, Kinésithérapeute...)	100% BR	150% BR	190% BR
Analyses Médicales pris en charge par l'AMO Analyses Médicales Hors Nomenclature Forfait par année civile	100% BR NEANT	150% BR 50 €	190% BR 50 €
Pharmacie et Vaccin pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
APPAREILLAGE (Hors Dentaire et acoustique) accepté par la Sécurité Sociale			
Appareillage et /ou Orthopédie pris en charge par l'AMO <i>forfait par année civile</i>	170% BR limité à 1 500 € par appareil	210% BR limité à 1 700 € par appareil	260% BR limité à 2 000 € par appareil
HOSPITALISATION Etablissement conventionné et non conventionné			
Frais de Séjours si pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier illimité (Exception des établissements Médico-Sociaux)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires des Praticiens – Forfait par année civile Signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO ¹ NON signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO ¹	220% BR / Limité à 200 € 200% BR / Limité à 200 €	250% BR / Limité à 400 € 200% BR / Limité à 400 €	300% BR / Limité à 600 € 200% BR / Limité à 600 €
Franchise Actes Techniques (si coefficient du K ≥ 60 ou acte dont le tarif est ≥ à 120 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient URGENCES (Acte en FPV et FPU)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre Particulière limitée à 60 jours par an (Médecine, Chirurgie, Maison de repos, Rééducation, Psychiatrie, Maternité)	50 € par jour	60 € par jour	70 € par jour
Frais Accompagnant enfant moins de 16 ans ou enfant handicapé 30 jours par année civile	30 € par jour	40 € par jour	50 € par jour
Forfait Maternité ou Adoption par enfant sous réserve de l'adhésion de(s) l'enfant(s) à la mutuelle	250 € par Enfant	300 € par Enfant	350 € par Enfant
Transport pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Télévision 30 jours par hospitalisation (sous réserve que la facture + bulletin de sortie soient envoyée dans les 30 jours qui suit la sortie)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
COGEMUT FiAssistance assistance à domicile après hospitalisation (voir conditions) ☎ 09 77 40 85 36	OUI	OUI	OUI
DENTAIRE			
Consultation et Soins dentaires pris en charge par l'AMO	100% BR	170% BR	200% 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	300% BR
PANIER A – 100% SANTÉ 	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels

PANIER B Maîtrisé et PANIER LIBRE : dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)¹			
(Plafond annuel dentaire par année civile et limité Hors remboursement Sécurité Sociale et soins dentaire. Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% du tarif de responsabilité ² .)	Plafond annuel dentaire limité à 2 000 €	Plafond annuel dentaire limité à 2 500 €	Plafond annuel dentaire limité à 2 996 €
Inlay-Onlay, Inlay-Core, Couronne dentaire transitoire, Réparation prothèse pris en charge par l'AMO	150% BR	150% BR	200% de BR
Couronne dentaire, Bridges, Prothèses amovibles pris en charge par l'AMO	270% BR	350% BR	400% de BR
Prothèse dentaire refusée par l'AMO notifié à la nomenclature	NEANT	150 € par dent	150 € par dent
Implantologie (par implants et par année civile) • Implant non remboursé par l'AMO • Couronne dentaire implantoportée pris en charge par l'AMO	NEANT 270% BR	250 €/ 2 implants 350% BR	400 €/ 2 implants 400% BR
OPTIQUE - Un équipement correspond à (1 monture et 2 verres) ⁹ les remboursements s'entendent par verre, tous les 2 ans (date d'achat) sauf avis médical et enfant moins de 16 ans ⁹			
PANIER CLASSE A - 100% SANTÉ (Monture et verres) 	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
PANIER CLASSE B LIBRE : Equipement pris en charge par l'AMO (Forfait par verre)			
Monture⁴	70 €	100 €	100 €
Verre simple (a)⁵	100% BR + 65 €	100% BR + 100 €	100% BR + 150 €
Verre complexe (c)⁶	100% BR + 65 €	100% BR + 100 €	100% BR + 150 €
Verre très complexe (f)⁷	100% BR + 65 €	100% BR + 100 €	100% BR + 150 €
Prestations supplémentaires optiques⁸	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles Remboursées par l'AMO ou Refusées par l'AMO Forfait par année civile	100% BR + 80 €	100% BR + 100 €	100% BR + 170 €
Kératotomie (chirurgie réfractive de l'œil) et implants multifocaux forfait par œil	100 € par œil	200 € par œil	300 € par œil
APPAREIL AUDITIF prise en charge par l'AMO 1 équipement tous les 4 ans			
PANIER CLASSE I 100% SANTÉ (Limité à 2 appareils par année civile tous les 4 ans) 	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Panier CLASSE II LIBRE – dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)¹ Plafond de 1 700 € par aide auditive			
Prothèses Auditives prises en charge par l'AMO Forfait par oreille et par année civile (limité 2 appareils par année civile)	100% BR + Forfait 360 €	100% BR + Forfait 460 €	100% BR + Forfait 560 €
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 Forfait Hébergement Cure Forfait par année civile	100% BR 121,96 €	100% BR 175 €	100% BR 250 €
Ostéodensitométrie osseuse (1 acte tous les 3 ans) pris en charge par l'AMO	20 € par acte	30 € par acte	40 € par acte
Ostéopathe, Chiropracteur, Étiope, Pédiacre par année civile	25 € séance 2 séances par an	25 € séance 3 séances par an	25 € séance 4 séances par an
Sevrage Tabagique et Vaccins non remboursés par l'AMO Pharmacie non remboursée sur prescription médicale forfait par année civile	50 €	75 €	100 €
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES			
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 annuaires.ante.ameli.fr

FR : Frais Réels / **SS** : Sécurité Sociale / **BR** : Base de Remboursement Sécurité Sociale **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire

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** - 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** - 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** - 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 antiptosis, verres iséiconiques).

⁹ Conditions générales de renouvellement des équipements

- **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 1^{er} 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 écrit** 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 garantie et par an 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.