

La participation de l'Assurance **Maladie Obligatoire (AMO)** correspond à un pourcentage de la **Base de Remboursement (BR)** ou au montant en euros de celui-ci. La BR est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'AMO en France. Les tarifs desdits remboursements sont fixés par convention entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs Salariés (CNAMTS).

La mutuelle de Bagneaux applique la réglementation sur les contrats responsables. Les montants mentionnés dans les tableaux ci-après s'appliquent si l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés – 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. L 322-2 et 3 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005

Les garanties issues de la réglementation sur le Reste à charge 0 en santé (cf. optique et dentaire) sont consultables sur le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et sur notre site www.lamutuelledebagneaux.fr.

La participation de la Mutuelle de Bagneaux est exprimée soit en pourcentage de la BR soit en euros. Pour tout acte ou frais de santé pris en charge par l'AMO et ne figurant pas dans les tableaux ci-après, La Mutuelle de Bagneaux rembourse le ticket modérateur (partie des dépenses de santé à la charge du patient après le remboursement de l'AMO) et dans la limite des dépenses engagées. Conformément à la réglementation sur les contrats responsables loi N° 2004-810 du 13 août 2004, La Mutuelle de Bagneaux pratique le tiers payant.



Soins Courants

Remboursement AMO + Mutuelle

	Base	Option Plus	Bien être	Optimal
Consultation et Visite de Généraliste				
• Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO ¹	100% BR	133% BR	133% BR	148% BR
• Non Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO ¹	100% BR	113% BR	113% BR	128% BR
Consultation et Visite de Spécialiste				
• Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO ¹	100% BR	166% BR	187% BR	230% BR
• Non Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO ¹	100% BR	146% BR	167% BR	200% BR
Téléconsultation MEDAVIZ (30 spécialités joignable en permanence inclus dans votre contrat) 09 73 03 02 66	Offert	Offert	Offert	Offert
Acte en ADI (Actes d'Imagerie), ADE (Actes d'Echographie ATM (Acte Technique Médical)				
• Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO ¹	100% BR	100% BR	230% BR	250% BR
• Non Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO ¹	100% BR	100% BR	200% BR	200% BR
Auxiliaire Médicaux, (Infirmier, Kinésithérapeute, Orthophonie...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	250 %BR
• Analyses Médicales pris en charge par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	250 %BR
• Analyses Médicales Hors Nomenclature forfait par année civile	NEANT	NEANT	50 €	70 €
Pharmacie et Vaccin remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	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	Frais Réels	Frais Réels
Appareillage et/ou Orthopédie Remboursé par l'AMO Forfait par année civile	150% BR	150% BR + 304,90€	150% BR +350,50€	150% BR + 400 €

¹ OPTAM/OPTAM-CO : **O**ption **P**ratique **T**arifaire **M**aîtrisée (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

AMO : Assurance **M**aladie **O**bligatoire

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT SOINS COURANTS

BASE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires - Secteur 1	30 €	20 €	9 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie signataire de l'OPTAM/OPTAM CO	44 €	20 €	9 €	15 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non signataire de l'OPTAM/OPTAM CO)	56 €	20 €	9 €	27 €

OPTION PLUS	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires - Secteur 1	30 €	20 €	9 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie signataire de l'OPTAM/OPTAM CO	44 €	20 €	22,80 €	1,20 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non signataire de l'OPTAM/OPTAM CO)	56 €	20 €	22,80 €	12,20 €

OPTION BIEN ÊTRE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires - Secteur 1	30 €	20 €	9 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie signataire de l'OPTAM/OPTAM CO	44 €	20 €	23 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non signataire de l'OPTAM/OPTAM CO)	56 €	20 €	36 €	1 €

OPTION OPTIMAL	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires - Secteur 1	30 €	20 €	9 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie signataire de l'OPTAM/OPTAM CO	44 €	20 €	23 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non signataire de l'OPTAM/OPTAM CO)	56 €	20 €	36 €	1 €

En cas d'hospitalisation en hôpital ou en clinique privée conventionnée, l'Assurance maladie prend en charge une partie des frais inhérents aux soins de santé de l'assuré.

Toutefois, une part des dépenses de santé reste à votre charge ou celle de votre complémentaire santé selon votre contrat (ticket modérateur, forfait journalier, soins de confort, chambre particulière, dépassements d'honoraires).

(Hors établissements Médicaux sociaux)

Dans certains cas particuliers, le patient hospitalisé peut bénéficier d'une exonération du ticket modérateur et du forfait journalier voir site ameli.fr, les suppléments pour confort ainsi que les éventuels dépassements d'honoraires restent à la charge du patient même dans ce cadre.



Hospitalisation (Etablissement conventionné et non conventionné)

Remboursement AMO + Mutuelle

	Base	Option Plus	Bien être	Optimal
Frais de Séjours en hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> - Médicale (DMT 101) - Chirurgicale (DMT 137) - Maternité (DMT 230) 	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de Séjours en hospitalisation en établissements spécialisés si pris en charge par l'AMO <ul style="list-style-type: none"> - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230) 	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier illimité <ul style="list-style-type: none"> - Médecine (DMT 101) - Chirurgie (DMT 137) - Maisons de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230) (à l'exception des établissements Médico-sociaux)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Honoraires des Praticiens en Chirurgie et Anesthésie Signataires de l'OPTAM et OPTAM CO ¹ (DMT 137) Forfait par année civile	100 % BR	100 % BR	220 % BR limité à 200 €	250 % BR limité à 400 €
Honoraires des Praticiens en Chirurgie et Anesthésie NON Signataires de l'OPTAM et OPTAM CO ¹ (DMT 137) Forfait par année civile	100 % BR	100 % BR	200 % BR limité à 200 €	200 % BR limité à 400 €
Participation Forfaitaire Franchise Actes Techniques si k > 60 ou Frais Réels > 120 €	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait Patient URGENCES (Acte en FPV et FPU)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière 60 jours par année civile <ul style="list-style-type: none"> - Médecine (DMT 101) - Chirurgie (DMT 137) - Psychiatrie (DMT 230) - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Maternité (DMT 183) 	60 € par jour	60 € par jour	60 € par jour	70 € par jour
Frais Accompagnement 60 jours par année civile	30,49 € par jour	30,49 € par jour	30,49 € par jour	30,49 € par jour
Transport Remboursé par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
COGEMUT FilAssistance assistance à domicile après hospitalisation (voir conditions). ☎ 09 77 40 85 36	OUI	OUI	OUI	OUI
Frais de Télévision 30 jours par hospitalisation (sous réserve que la facture soit envoyée dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hospitalisation)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait frais de Naissance ou Adoption Forfait par enfant	228,67 €	228,67 €	240 €	250 €

¹OPTAM = 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

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT HOSPITALISATION

BASE	Prix moyen praticqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	0 €
Honoraires d'un chirurgien signataire OPTAM/OPTAM-CO pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	271,70 €	0 €	83,30 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non signataire OPTAM/OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	271,70 €	0 €	159,3 €

OPTION PLUS	Prix moyen praticqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	0 €
Honoraires d'un chirurgien signataire OPTAM/OPTAM-CO pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	271,70 €	0 €	83,30 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non signataire OPTAM/OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	271,70 €	0 €	159,3 €

OPTION BIEN ÊTRE	Prix moyen praticqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	0 €
Honoraires d'un chirurgien signataire OPTAM/OPTAM-CO pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	271,70 €	83,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non signataire OPTAM/OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	271,70 €	159,30 €	0 €

OPTION OPTIMAL	Prix moyen praticqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	0 €
Honoraires d'un chirurgien signataire OPTAM/OPTAM-CO pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	271,70 €	83,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non signataire OPTAM/OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	271,70 €	159,30 €	0 €

Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et à débiter progressivement depuis le 1^{er} janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le Niveau de garanties que vous avez choisi.



Dentaire

Remboursement AMO + Mutuelle

	Base	Option Plus	Bien être	Optimal
Consultation et Soins dentaires remboursée par l'AMO (C D - SDE - ADA D - ADC D - ADI D - ATM - AXI - END)*	100 % BR	100 % BR	100 % BR	125% BR
Orthodontie (TO - ORT) remboursée par l'AMO par semestre de date en date Forfait par année civile	200 % BR	200 % BR + 304,90 €	200 % BR + 500 €	200 % BR + 650 €
Parodontologie (TDS) remboursée par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Parodontologie (TDS) Non remboursée par l'AMO par année civile	50 €	100 €	150 €	200 €

*ADA D : Actes d'anesthésie dentaire – ADC D : Actes de chirurgie dentaire – ADI D : Actes d'imagerie dentaire
ATM D : Actes Techniques médicaux dentaire - AXI : Prophylaxie buccodentaire – END : Entomologie

Les consultations chez un dentiste sont prises en charge par l'Assurance maladie et remboursées à 70 % sur la base du tarif conventionnel de l'Assurance maladie.

Les soins dentaires comprennent les soins conservateurs, du type détartrage, traitement d'une carie ou dévitalisation, et les soins chirurgicaux, type extraction. Ils sont remboursés à 70 % sur la base du tarif conventionnel de l'Assurance maladie. Ces tarifs sont différents lorsqu'ils sont réalisés sur des adultes ou sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans.

Le stomatologiste est un médecin auquel s'applique la participation forfaitaire de 1 €. Les soins dentaires ne sont pas soumis à la participation forfaitaire de 1 € sauf s'ils sont réalisés par un stomatologiste.

Les traitements d'orthodontie ou traitements ODF (souvent appelés *bagues*) sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve d'obtenir l'accord préalable de votre caisse d'Assurance Maladie et s'ils sont commencés avant le 16e anniversaire.

Le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de vous en informer préalablement au moyen d'un devis écrit que vous signerez, éventuellement, pour acceptation.

Ce devis doit comporter, notamment, les éléments suivants :

- la description précise et détaillée du traitement proposé et/ou des matériaux utilisés ;
- le montant des honoraires correspondant au traitement ;
- le montant remboursé par l'Assurance Maladie ;
- les éventuels suppléments.



Dentaire

Remboursement AMO + Mutuelle

	Base	Option Plus	Bien être	Optimal
PANIER A - 100% SANTÉ- dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)¹				
(CM0-CT0-CZ0-IC0-PA0-PF0-PT0-RA0-RF0-RS0-SU0) - 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 ; prothèses amovibles à base de résine.	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

¹ Honoraires Limites de Facturation (HLF) 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 ».



Les prothèses dentaires sont remboursées à 70 % sur la base du *tarif conventionnel de l'Assurance maladie*.

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 »



Dentaire

Remboursement AMO + Mutuelle

Base

Option Plus

Bien être

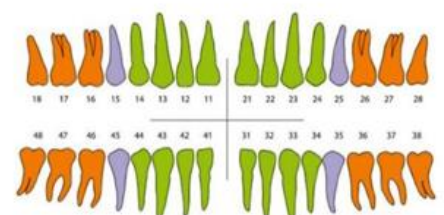
Optimal

PANIER B Maîtrisé dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)¹ et PANIER C LIBRE				
Au-delà des plafonds la garantie est réduite à 100% du tarif de responsabilité.				
Inlay-Core (IC1) (ICO) par acte <i>remboursé par l'AMO</i>	125 % BR	135 % BR	145 % BR	150 % BR
Inlay-Onlay <i>remboursé par l'AMO (IN1)</i>	125 % BR	135 % BR	145 % BR	150 % BR
Couronne dentaire transitoire <i>remboursée par l'AMO (CT1)</i>	125 % BR	135 % BR	145 % BR	150 % BR
Couronne dentaire (CZ1-SU1) (PFC-PFM) <i>remboursée par l'AMO</i> Bridges (BR1) <i>remboursés par l'AMO</i> Prothèses amovibles (PA1-PF1-SU1) (PAM – PAR-PFC-PFM) <i>remboursées par l'AMO</i>	245 % BR	245% BR + Forfait 304,90 €	245 % BR + Forfait 500 €	315 % BR + Forfait 500 €
Réparation prothèse RAC modéré (RE1)	125 % BR	135 % BR	145 % BR	150 % BR

¹ Honoraires Limites de Facturation (HLF) 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 ».

	DENTS DU SOURIRE	2 ^E PRÉMOILAIRE	MOLAIRE	PANIER 100% SANTE
Métallique	290 €*	290 €*	290 €*	<input type="checkbox"/> TARIFS MAÎTRISÉS <input type="checkbox"/> LIBRE
Céramique en zircone	440 €*	440 €*	440 €*	
Céramique hors zircone	500 €*	550 €*	550 €*	
Céramo-métallique	500 €*	550 €*	Tarif libre	
Céramo-céramique	Tarif libre	Tarif libre	Tarif libre	
Sur implant	Tarif libre	Tarif libre	Tarif libre	

- Reste à charge 0
- Reste à charge modéré
- Tarifs libres



* Prix limites de vente.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT DENTAIRE

BASE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
100% santé Couronne Céramo-métallique dent du sourire	500,00 €	84 €	416 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires du panier maîtrisé	500,00 €	84 €	210 €	206 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70€	84 €	210 €	244,70 €
Bridge de base 3 éléments – 2 piliers – 1 inter céramo-métallique	1 320,00 €	195,65 €	489,12 €	635,23 €

OPTION PLUS	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
100% santé Couronne Céramo-métallique dent du sourire	500,00 €	84 €	416 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires du panier maîtrisé	500,00 €	84 €	416 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70€	84 €	454,70 €	0 €
Bridge de base 3 éléments – 2 piliers – 1 inter céramo-métallique	1 320,00 €	195,65 €	794,03 €	330,32 €

OPTION BIEN ÊTRE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
100% santé Couronne Céramo-métallique dent du sourire	500,00 €	84 €	416 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires du panier maîtrisé	500,00 €	84 €	416 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70€	84 €	454,70 €	0 €
Bridge de base 3 éléments – 2 piliers – 1 inter céramo-métallique	1 320,00 €	195,65 €	989,13 €	135,22 €

OPTION OPTIMAL	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
100% santé Couronne Céramo-métallique dent du sourire	500,00 €	84 €	416 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires du panier maîtrisé	500,00 €	84 €	416 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70€	84 €	454,70 €	0 €
Bridge de base 3 éléments – 2 piliers – 1 inter céramo-métallique	1 320,00 €	195,65 €	1 124,35 €	0 €

Définition des dispositifs médicaux de correction optique

Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.

« **Les équipements d'optique médicale** sont des dispositifs médicaux comme définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique. Ils sont composés d'une monture et de deux verres correcteurs.

« **Les dispositifs médicaux** utilisés en optique médicale sont pris en charge par l'assurance maladie s'ils vérifient l'ensemble des spécificités techniques minimales décrites aux paragraphes suivants. Deux classes de verres et deux classes de montures sont identifiées : les classes A Panier Reste à Charge 0 (pour les verres et pour les montures) et les classes B Panier Libre (pour les verres et pour les montures). Sauf mention contraire, les présentes dispositions s'appliquent aux dispositifs de classe A et de classe B.

Un 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 ans⁶



Optique

Remboursement AMO + Mutuelle

	Base	Option Plus	Bien être	Optimal
--	------	-------------	-----------	---------

PANIER CLASSE A - 100% SANTÉ optique - dans la limite du prix de vente (PLV)¹				
Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30€ (classe A).	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Verre traitant l'ensemble des troubles visuels Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestations supplémentaires optiques⁵	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
PANIER CLASSE B LIBRE : Equipement pris en charge par l'AMO (Forfait par verre)				
Monture	60% BR + 70 €	60% BR + 80 €	60% BR + 90 €	60% BR +100 €
Verre simple (a)²	60% BR +100 €	60% BR +135 €	60% BR +127 €	60% BR +140 €
Verre complexe (c)³	60% BR +100 €	60% BR +135 €	60% BR +152,42 €	60% BR +174,50 €
Verre très complexe (f)⁴	60% BR +100 €	60% BR +135 €	60% BR +152,42 €	60% BR +174,50 €
Prestations supplémentaires⁵	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles Remboursées ou refusées par l'AMO <i>Forfait par année civile</i>	100% BR+110 €	100% BR +135 €	100% BR +150 €	100% BR +200 €
Chirurgie Laser de la Myopie	100 € par œil	200 € par œil	300 € par œil	400 € par œil

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.

² **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

³ **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

⁴ **Verres très complexes F** - autres verres multifocaux ou progressifs

⁵ **Les Suppléments Optiques** 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).

⁶ **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.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT OPTIQUE

OPTION BASE

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux	125 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux ou multifocaux	400 €	0,09 €	270,00 €	129,91 €
Lentilles non remboursées par an	200 €	0 €	110 €	90 €

OPTION PLUS

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux	125 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux ou multifocaux	400 €	0,09 €	350,00 €	49,91 €
Lentilles non remboursées par an	200 €	0 €	135 €	65 €

OPTION BIEN ÊTRE

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux	125 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux ou multifocaux	400 €	0,09 €	399,91 €	0 €
Lentilles non remboursées par an	200 €	0 €	150 €	50 €

OPTION OPTIMAL

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux	125 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux ou multifocaux	400 €	0,09 €	399,91 €	0 €
Lentilles non remboursées par an	200 €	0 €	200 €	0 €



SPÉCIFICATIONS TECHNIQUES DES AIDES AUDITIVES (Arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale)

Une aide auditive (ou audioprothèse) est un dispositif médical à usage individuel destiné à compenser électroacoustiquement, au moyen d'une amplification appropriée, les pertes d'audition des malentendants ou les troubles de la compréhension.

Le dispositif est de petite dimension et alimenté de façon autonome au moyen de batteries (piles ou accumulateurs). Il est en outre conforme à la norme NF EN 60118. I.1.

Type d'aides auditives

Les aides auditives sont de l'un des types suivants :

- Contour d'oreille (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon) ;
- Contour à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon) ;
- Intra-auriculaire (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif).

2 catégories

- Aide auditive pour les personnes jusqu'à 20 ans ou les personnes atteintes de cécité
- Aide auditive pour les personnes âgées de plus de 20 ans



Aides auditives

Remboursement AMO + Mutuelle

	Base	Option Plus	Bien être	Optimal
PANIER CLASSE I 100% SANTÉ - dans la limite du prix de vente (HLF)¹				
- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire ; - Au moins 12 canaux de réglages (ou dispositif de qualité équivalente pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ; - 4 ans de garantie ; - Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits de vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptatives, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels

Panier CLASSE II LIBRE – dans la limite du (HLF)¹ Plafond de 1 700 € par aide auditive tous les 4 ans				
Prothèses Auditives remboursées par l'AMO Forfait par année civile et limité à 2 appareils	240% BR	240% BR + 304,90 €	240% BR + 370 €	240% BR + 440 €
Aide auditive Piles - Entretien et réparation	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

¹Honoraires Limites de Facturation (HLF) 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 ».



Acte de prévention

Remboursement AMO + Mutuelle

	Base	Option Plus	Bien être	Optimal
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	100% BR
Cure Thermale remboursés par l'AMO Hébergement Forfait par année civile	100% BR 121,96 €	100% BR 121,96 €	100% BR 121,96 €	100% BR 200 €
Ostéodensitométrie osseuse refusé par l'AMO 1 acte tous les 3 ans	20 €	20 €	20 €	20 €
Ostéopathe, Chiropracteur, Etiopathe, Pédicure, par année civile	30 € par séance limité à 2 séances	30 € par séance limité à 2 séances	30 € par séance limité à 3 séances	30 € par séance limité à 4 séances
Diététicien, Psychologue, Psychomotricien, Acupuncteur 4 séances par année civile	NEANT	NEANT	NEANT	20 € par séance
Vaccins Non remboursés par la Sécurité Sociale	15,24 € par vaccin	15,24 € par vaccin	15,24 € par vaccin	20 € par vaccin
Soins à l'étranger remboursés par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT ACOUSTIQUE

BASE

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
2020 Aide auditive classe I, par oreille (plus de 20 ans)	1 100 €	210 €	630 €	260 €
2020 Aide auditive de classe II prix libre, (plus de 20 ans) par oreille tarif libre mais plafonné à 1 700 € par oreille	1 476 €	210 €	630 €	636 €
2021 Aide auditive de classe I, par oreille (plus de 20 ans), 100% santé	950 €	240 €	710 €	0 €
2021 Aide auditive de classe II prix libre (plus de 20 ans) par oreille tarif libre mais plafonné à 1 700 € par oreille	1 476 €	240 €	720 €	516 €

OPTION PLUS

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
2020 Aide auditive classe I, par oreille (plus de 20 ans, en 2020)	1 100 €	210 €	890 €	0 €
2020 Aide auditive de classe II prix libre, (plus de 20 ans) par oreille tarif libre mais plafonné à 1 700 € par oreille	1 476 €	210 €	934,90 €	331,10 €
2021 Aide auditive de classe I, par oreille (plus de 20 ans), 100% santé	950 €	240 €	710 €	0 €
2021 Aide auditive de classe II prix libre (plus de 20 ans) par oreille tarif libre mais plafonné à 1 700 € par oreille	1 476 €	240 €	1024,90 €	211,10 €

OPTION BIEN ÊTRE

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
2020 Aide auditive classe I, par oreille (plus de 20 ans, en 2020)	1 100 €	210 €	890 €	0 €
2020 Aide auditive de classe II prix libre, (plus de 20 ans) par oreille tarif libre mais plafonné à 1 700 € par oreille	1 476 €	210 €	1 000 €	266 €
2021 Aide auditive de classe I, par oreille (plus de 20 ans), 100% santé	950 €	240 €	710 €	0 €
2021 Aide auditive de classe II prix libre (plus de 20 ans) par oreille tarif libre mais plafonné à 1 700 € par oreille	1 476 €	240 €	1 090 €	146 €

OPTION OPTIMAL

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
2020 Aide auditive classe I, par oreille (plus de 20 ans, en 2020)	1 100 €	210 €	890 €	0 €
2020 Aide auditive de classe II prix libre, (plus de 20 ans) par oreille tarif libre mais plafonné à 1 700 € par oreille	1 476 €	210 €	1 070 €	196 €
2021 Aide auditive de classe I, par oreille (plus de 20 ans), 100% santé	950 €	240 €	710 €	0 €
2021 Aide auditive de classe II prix libre (plus de 20 ans) par oreille tarif libre mais plafonné à 1 700 € par oreille	1 476 €	240 €	1 160 €	76 €