

BASE DE REMBOURSEMENT : Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale Les garanties respectent l'ensemble des règles des contrats responsables		Régime de Sécurité Sociale	Vos Reversements
Honoraires médicaux			
Consultations, visites		70%	30%
Infirmier, kinésithérapeute, podologue, orthophoniste...		60%	40%
Pharmacie			
Vignette orange		15%	65%
Vignette bleue		30%	70%
Vignette blanche		65%	35%
Examens : Laboratoire - Imagerie			
Analyses		60%	40%
Radiologie		70%	30%
Dentaire			
Soins		60%	60%
Soins prothétiques dentaires 100% santé		60%	Pas de reste à charge
Prothèse acceptée par la Sécurité Sociale		60%	90%
Orthodontie		100%	25%
Optique			
Équipement optique de classe A - 100% Santé (3)		60%	Pas de reste à charge
Équipement optique de classe B (3)			
Équipement simple		60%	115€ (3)
a) 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			
Équipement mixte		60%	125€ (3)
- un verre simple mentionné au (a) et un verre complexe mentionné au (c) - un verre simple mentionné au (a) et un verre très complexe mentionné au (f)			
Équipement complexe et très complexe		60%	200€ (3)
(c) verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs - un verre mentionné au (c) et un verre mentionné au (f) (f) verres multifocaux ou progressifs sphéro-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.			
Lentilles dans la limite d'un forfait annuel de 60€/an (1)		60%	40%
Orthopédie - Prothèses			
Prothèse auditive de classe 1 (4)		60%	Pas de reste à charge
Orthopédie et prothèse auditive de classe 2 (4)		60%	40%
Prothèse mammaire acceptée par la Sécurité Sociale		100%	50€/an (1)
Prothèse capillaire acceptée par la Sécurité Sociale		100%	50€/an (1)
Hospitalisation			
Frais de séjour, honoraires chirurgie & médecine		80%	20%
Forfait patient urgence (passage aux urgences sans hospitalisation)		Néant	100%
Forfait journalier			
Montant de la prise en charge		Néant	20€/j
Sont exclus les unités ou centres de soins de longue durée (art.174-6 du code de la Sécurité Sociale) et les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (6° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles)			
Chambre particulière		Exclus les Établissements Spécialisés (2)	
A l'hôpital, en cliniques médicales, médico-chirurgicales, obstétricales		Néant	20€/j
Forfait accompagnement		Exclus les Établissements Spécialisés (2)	
Adhérent de -12 ans adhérent à la Mutuelle		Néant	15€/j
Adhérent handicapé mineur et/ou 3ème catégorie		Néant	15€/j
Adhérent de + 75 ans		Néant	15€/j
Forfait télévision		Exclus les Établissements Spécialisés (2)	
Non remboursé si inclus dans le prix de journée de la chambre		Néant	60€/ an (1)
Cure Thermale (Exclus les frais d'hébergement et de transport)			
Honoraires et soins		70%	30%
Forfait thermal		65%	35%
Transport			
Transport		55%	45%
Forfait de 24€ sur actes de plus de 120€			
Forfait 24€		Néant	24€
Médecine douce			
Acupuncteur - Chiropracteur - Ostéopathe - Micro kinésithérapie - Réflexologie		Néant	20€/consultation Max.2/an/bénéf.

(1) Dans la limite de la dépense engagée, forfait accordé par année civile. (2) Établissements de traitement des voies respiratoires, Maisons de santé pour maladies nerveuses et mentales, Maisons d'enfants spécialisées, Établissements climatiques de pneumologie pour enfants et adolescents, Aériums et préventoriums, Maisons de convalescence, Centres et établissements de réadaptation fonctionnelle et motrice, Centres de cure et de postcure pour alcooliques et toxicomanes. (3) Dans la limite de la dépense engagée, forfait accordé par période de 2 ans pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue conformément au [Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019](#) - art. 1. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement A est limitée à 30 € et à 100 € au sein de l'équipement B (part du régime obligatoire comprise). (4) La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de l'appareil.

SERVICES INCLUS DANS VOTRE CONTRAT : Les notices d'information reprenant l'intégralité des conditions générales de chacun de ces services ci-dessous (détail et modalités d'application) vous seront remises sur simple demande auprès de votre Mutuelle

Accès au service de téléconsultations Médecin Dire ct - FILASSISTANCE (aides ménagères, service à la personne, acheminement des médicaments,...)