

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	50% B.R.	130% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	30% B.R.	110% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours				
- Frais de séjour	80% B.R.	65% B.R.	145% B.R.	
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière avec ou sans nuitée = ambulatoire) en Maternité, Médecine, Chirurgie, Psychiatrie, Soins Médicaux et de Réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...).	Néant	15 € / jour	15 € / jour	Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Maternité, Médecine et Chirurgie. Durée limitée à : - 60 jours par année civile en Psychiatrie. - 90 jours par année civile en Soins Médicaux et de Réadaptation, maison de repos et convalescence et en maison d'enfants à caractère sanitaire. - 240 jours par année civile en centre agréé de rééducation fonctionnelle.
- Frais d'accompagnement	Néant	15 € / jour	15 € / jour	Nuitées, repas pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat Limité à 30 jours par année civile
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	50% B.R.	120% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	60% B.R. ou 50% B.R.	120% B.R.	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Autres honoraires				
- Psychologues adhérents au dispositif Mon soutien psy	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	Dans la limite de 12 séances par année civile et par bénéficiaire.
Analyses et examens de laboratoire				
- Examens de biologie médicale remboursés par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	Limité à 115 € par année civile et par bénéficiaire.
- Examens de biologie médicale non remboursés par l'A.M.O.	Néant	50% Frais Réels	50% Frais Réels	
Actes d'imagerie				
Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Ostéodensitométrie				
- Ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O.	Néant	50% Frais Réels	50% Frais Réels	Limité à 115 € par année civile et par bénéficiaire.
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Actes de télésurveillance médicale	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	
Matériel médical				
- Accessoires, appareillages, orthopédie et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires, optiques, capillaires et mammaires)	60% B.R. ou 100% B.R.	65% B.R. ou 25% B.R.	125% B.R.	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	250 €	100% B.R. + 250 €	
Transports				
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	55% B.R.	45% B.R.	100% B.R.	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
DENTAIRE				
- Soins, actes et consultations	60% B.R.	65% B.R.	125% B.R.	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	60% B.R. ou 100% B.R.	90% B.R. ou 50% B.R.	150% B.R.	
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
- Prothèses	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
Prothèses hors 100 % santé Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
Panier à honoraires maîtrisés (Actes soumis à des honoraires limites de facturation)				
- Inlays onlays	60% B.R.	150% B.R.	210% B.R.	
- Prothèses	60% B.R.	170% B.R.	230% B.R.	
Panier à honoraires libres				
- Inlays onlays	60% B.R.	150% B.R.	210% B.R.	
- Prothèses	60% B.R.	170% B.R.	230% B.R.	
Actes non remboursés par l'A.M.O.				
- Implantologie	Néant	300 €	300 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Parodontologie	Néant	300 €	300 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
OPTIQUE				
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement)				
Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures) Classe A Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Verres (tous types de correction)	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres				
- Monture	60% B.R.	70 € moins 60% B.R.	70 €	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	50 € moins 60% B.R.	50 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% B.R.	80 € moins 60% B.R.	80 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% B.R.	110 € moins 60% B.R.	110 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R. + 100 €	100% B.R. + 100 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Sur prescription médicale
- Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	100 €	100 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.	Néant	205 €	205 €	Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire.
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement) Classe I - Soumis à des prix limites de vente Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Appareillage auditif.
Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres				
. - Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	1400 € moins 60% B.R.	1400 €	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20 ^{ème} après correction.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	400 € moins 60% B.R.	400 €	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins.
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
NAISSANCE				
- Allocation naissance	Néant	230 €	230 €	Versement effectué en intégralité sur présentation de l'acte de naissance sans obligation d'inscription de l'enfant. Ce forfait est versé sur le dossier de la mère ou à défaut du père.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
PRÉVENTION, BIEN ÊTRE				
- Actes de prévention	OUI	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
- Acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étioopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues	Néant	80 €	80 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Psychomotriciens, ergothérapeutes	Néant	35 €	35 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limite à 10 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Diététiciens, Psychologues	Néant	35 €	35 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limite à 5 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
- Pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O.	Néant	60 €	60 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O. (uniquement injections)	Néant	110 €	110 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.

A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) A.M.C. : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

P.M.S.S. = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif : 4 005 € au 01/01/2026) Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser certaines prestations.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.