

	ESSENTIELLE - HSP1 A.M.O. + mutuelle	DYNAMIQUE - HSP2 A.M.O. + mutuelle	INTEGRALE - HSP5 A.M.O. + mutuelle	PRESTIGE - OXY5 A.M.O. + mutuelle
SOINS COURANTS				
Consultations, visites généralistes - médecins ayant signé l'OPTAM	100%	100%	100%	250%
Consultations, visites généralistes - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM	100%	100%	100%	200%
Consultations, visites spécialistes - médecins ayant signé l'OPTAM	100%	150%	200%	250%
Consultations, visites spécialistes - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM	100%	130%	150%	200%
Actes techniques médicaux - médecins ayant signé l'OPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM	100%	130%	150%	150%
FRAIS DE TRANSPORT (remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire)	100%	100%	100%	100%
RADIOLOGIE - ECHOGRAPHIE				
• Actes d'imagerie médicale (radiologie, scanner, IRM)	100%	100%	100%	100%
• Actes d'échographie	100%	100%	100%	100%
LABORATOIRE (médecins ayant signé ou non l'OPTAM)	100%	100%	100%	100%
AUXILIAIRES MEDICAUX	100%	100%	100%	100%
PHARMACIE				
• Pharmacie 65%	100%	100%	100%	100%
• Pharmacie 30%	95%	100%	100%	100%
• Pharmacie 15%	80%	100%	100%	100%
SOINS EXTERNES (hôpitaux publics et privés)	100%	100%	100%	100%
HOSPITALISATION				
MEDICINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE				
• Frais de séjour en établissement public et privé conventionné	100%	100%	100%	100%
• Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecins ayant signé l'OPTAM ou l'OPTAM CO	100%	150%	200%	250%
• Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM ou l'OPTAM CO	100%	130%	150%	200%
• Forfait hospitalier journalier (illimité)**	20€/jour	20€/jour	20€/jour	frais réels
• Chambre particulière (30 jours) (forfait par an et par bénéficiaire)	-	70 €	70 €	frais réels
• Hospit. obstétricale : prise en charge des frais non remboursés par l'A.M.O. liés à un accouchement, dans la limite de :	-	160 €	160 €	240 €
• Frais d'accompagnement (30 jrs/an)	-	20 €	20 €	70 €
• Forfait TV, repas (30 jrs/an)	-	-	-	50 €
CURES THERMALES				
• Cure thermale	100%	100%	100%	100%
• Honoraires de surveillance	100%	100%	100%	250%
• Forfait Cure Thermale (forfait par an et par bénéficiaire)	-	150 €	200 €	500 €
OPTIQUE				
• Verres, montures, ou lentilles remboursés par l'A.M.O. (forfait par bénéficiaire pour 1 équipement par période de 2 ans*) :				
• Forfait monture	30 €	50 €	75 €	100 €
• Forfait verres simples par verre	15 €	40 €	90 €	110 €
• Forfait verres complexes par verre	85 €	100 €	130 €	180 €
• Forfait verres très complexes par verre	85 €	100 €	130 €	180 €
• Forfait lentilles correctrices prise en charge ou non par l'A.M.O. (forfait par an et par bénéficiaire)	40 €	80 €	120 €	150 €
• Forfait basse vision (forfait par an et par bénéficiaire dans le réseau)	-	-	-	200 €
• Forfait chirurgie laser non remboursée par A.M.O. par œil opéré (stage de 12 mois) - ne couvre pas les implants intraoculaires	50 €	200 €	750 €	280 €
APPAREILLAGES				
ORTHOPEDIE - APPAREILLAGE (hors audioprothèse)	100%	100%	100%	100%
• Forfait (par an et par bénéficiaire)	120 €	120 €	120 €	200 €
AUDIOPROTHESE	100%	100%	100%	100%
+ Forfait sur audioprothèse remboursée par l'A.M.O. (par oreille par an et par bénéficiaire)	-	150 €	250 €	500 €
DENTAIRE				
• Soins dentaires	100%	100%	100%	250%
• Prothèses dentaires (remboursées par l'A.M.O.)	100%	150%	350%	500%
• Prothèses dentaires (non remboursées par l'A.M.O.)	-	-	-	3x1500 €
• Actes dentaires non remboursés par l'A.M.O. : parodontologie, implantologie, prothèses non remboursées (forfait par an et par bénéficiaire)	-	200 €	700 €	1 000 €
Plafond annuel de remboursements par bénéficiaire (appliqué pendant 5 ans). Si le plafond est atteint le remboursement de la mutuelle sera alors limité au ticket modérateur.	1 500 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
• Orthodontie	100%	150%	250%	500%
• Orthodontie adulte (forfait / semestre)	-	70 €	120 €	250 €
MEDICINE COMPLEMENTAIRE				
• Médicaments prescrits non remboursés (forfait par an et par bénéficiaire)	25 €	50 €	50 €	50 €
• pillule non remboursée par l'A.M.O. (forfait par an et par bénéficiaire)	20 €	30 €	30 €	50 €
• Sevrage tabagique (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	-	50 €
• Ostéopathie, étiothérapie, sophrologie, podologue, sexologue, acupuncture, chiropractie, diététisme, pédicure, psychologue, psychomotricien, (forfait par an et par bénéficiaire)	2x30€	5x30€	5x30€	5x40€
PREVENTION ET PRIMES (forfaits par an et par bénéficiaire)				
• Densitométrie osseuse (forfait par an et par bénéficiaire)	50 €	50 €	50 €	50 €
• Vaccins non remboursés par l'A.M.O. (forfait par an et par bénéficiaire)	20 €	30 €	30 €	50 €
• Forfait prévention addictions, consultations santé/travail (forfait par an et par bénéficiaire dans le réseau)	-	-	-	44 €
• Scellement des puits, sillons et fissures dentaires (enfants - de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
• Amniocentèse (forfait par an et par bénéficiaire)	45 €	45 €	45 €	50 €
• Prothèse capillaire et mammaire (remboursée par l'Assurance Maladie)	100%	100%	100%	100%
• forfait prothèse capillaire et mammaire remboursée par l'A.M.O. (forfait par an et par bénéficiaire)	150 €	150 €	150 €	150 €
• Fécondation in-vitro (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	-	150 €

AVANTAGES MUTUALISTES

COMPLEMENT DE SALAIRE AGENTS PUBLICS HOSPITALIERS	30% du TIB en congés longue maladie ou longue durée après traitement du CGOS
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE	En cas d'accident corporel ou de maladie imprévue entraînant l'hospitalisation ou le décès d'un bénéficiaire et dans le cas d'hospitalisations programmées, une assistance vie quotidienne peut vous être fournie (voir notice d'information)

LE FORFAIT DE 18 € POUR LES ACTES MEDICAUX D'UN MONTANT EGAL OU SUPERIEUR A 120€ EST PRIS EN CHARGE INTEGRALEMENT

* forfait par équipement (monture-verres) valable une fois tous les 2 ans sauf exception fixée par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 / ** Forfait journalier psychiatrie 15€/jour

MODALITES DE REGLEMENT : la cotisation dépend de la garantie choisie. Elle est annuelle et payable d'avance (paiement par précompte sur salaire, prélèvement mensuel, trimestriel ou annuel)

VOS REMBOURSEMENTS : votre décompte de sécurité sociale portera la mention que les remboursements nous ont été transmis. Votre règlement est alors fait automatiquement. Si ce n'était pas le cas, présentez l'original du décompte à l'accueil, ou adressez-le par courrier à la mutuelle. Le règlement sera alors effectué par virement.

Les taux de remboursements indiqués s'entendent sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.) dans le respect du parcours de soins coordonnés (taux en vigueur au 01/01/18). Ils peuvent être minorés en fonction des dispositions légales. Ils cumulent le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et le remboursement de la mutuelle, dans la limite des frais réellement engagés. Les dépassements d'honoraires hors parcours de soins coordonnés ne sont pas pris en charge par la mutuelle. La franchise de 16 mise en place par le gouvernement en 2005 et retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire sur le remboursement des actes médicaux (consultations, actes de biologie...) n'est pas prise en charge par la mutuelle. La franchise de 18€ pour les actes médicaux (décret 2011-201 du 21 février 2011) d'un montant égal ou supérieur à 120€ est prise en charge intégralement. Ces garanties répondent au cahier des charges des "contrats responsables" (décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014). En application de l'article 83 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, ces garanties permettent de bénéficier du mécanisme de tiers-payant au moins à hauteur du tarif de responsabilité y compris le ticket modérateur forfaitisé à 18€) et le forfait journalier hospitalier de manière intégrale et illimitée.

OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée - OPTAM CO : option pratique tarifaire maîtrisée chirurgiens/obstétriciens (dispositifs se substituant au Contrat d'Accès aux Soins C.A.S.)