

HOSPITALISATION	MVHospi	MVBase	MV1	MV2	MV3
Frais de séjour	100 %	100 %	150 %	250 %	300 %
Honoraires d'un praticien avec ou sans dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM/DPTAM-CO)	100 %	100 %	150 %	250 %	300 %
Honoraires d'un praticien avec ou sans dépassement d'honoraires libres (Hors DPTAM/DPTAM-CO)	100 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Forfait journalier hospitalier, patient urgence, participation assuré	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière en illimitée	-	-	40€/nuit	60€/nuit	75€/nuit
Chambre particulière psychiatrie (limitée à 30 jours/an)	-	-	-	-	25€/nuit
Chambre particulière rééducation et convalescence (limitée à 60 jours/an)	-	-	-	-	25€/nuit
Frais d'accompagnant enfant - de 16 ans (hors psychiatrie, rééducation et convalescence)	-	-	18€/jour	26€/jour	32€/jour
SOINS COURANTS					
Consultations, Visites généralistes et spécialistes (DPTAM / DPTAM-CO)	100 %	100 %	150 %	250 %	300 %
Consultations, Visites généralistes et spécialistes (hors DPTAM / DPTAM-CO)	100 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	100 %	100 %	150 %	250 %	300 %
Actes de Radiologie, Echographie, techniques médicaux et spécialistes (DPTAM / DPTAM-CO)	100 %	100 %	150 %	250 %	300 %
Actes de Radiologie, Echographie, techniques médicaux et spécialistes (hors DPTAM / DPTAM-CO)	100 %	100 %	130 %	200 %	200 %
Examens de laboratoire	100 %	100 %	150 %	250 %	300 %
Pharmacie remboursée à 65% et à 30%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie remboursée à 15%	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Soins à l'étranger	-	-	100 %	100 %	100 %
Transport	100 %	100 %	150 %	250 %	300 %
Dispositif « monpsy »	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ORTHOPEDE, APPAREILLAGE ET ACCESSOIRES MEDICAUX					
Orthopédie, appareillage et accessoires médicaux remboursés	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait annuel orthopédie, appareillage et accessoires médicaux	-	-	-	-	93€
DENTAIRE					
Consultation, soins dentaires et inlay-onlay remboursés	100 %	100 %	150 %	250 %	300 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	-	-	150 %	250 %	350 %
PANIER 100% SANTE ⁽¹⁾					
Actes prothétiques remboursés par la sécurité sociale	-	Remboursement intégral ⁽²⁾			
PANIER MODERE OU LIBRE (HORS 100% SANTE)					
Prothèses dentaires, Inlay-Core et réparations remboursées	-	100 %	150 %	250 %	350 %
Implantologie	-	-	-	100€/an	200€/an
OPTIQUE ⁽²⁾					
EQUIPEMENT 100% SANTE ⁽¹⁾					
Un équipement montures et verres de Classe A	-	Remboursement intégral ⁽²⁾			
EQUIPEMENT OPTIQUE - PANIER LIBRE ⁽³⁾					
Monture	-	30€	50€	100€	100€
Verre simple ⁽⁴⁾	-	20€	50€	75€	125€
Verre complexe ⁽⁴⁾	-	60€	100€	125€	175€
Verre très complexe ⁽⁴⁾	-	60€	100€	125€	175€
Lentilles acceptées et refusées par le régime obligatoire (forfait annuel)	-	100 %	100 %	100€	200€
AIDES AUDITIVES ⁽⁵⁾					
EQUIPEMENT 100% SANTE ⁽¹⁾					
Prothèses auditives remboursées par le régime obligatoire	-	Remboursement intégral ⁽²⁾			
EQUIPEMENT HORS PANIER DE SOINS 100% SANTE					
Prothèses auditives remboursées par le régime obligatoire	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait prothèses auditives	-	-	100€	150€	300€
CURES THERMALES					
Honoraires / Soins	-	100 %	100 %	100 %	100 %
MEDECINES DOUCES					
Ostéopathes, Acupuncteurs, Etiopathes, Homéopathes, Diététiciens, Podologues/Pédicures	-	-	60€/an	100€/an	150€/an
ACTES ET EXAMENS DE PREVENTION					
Vaccins prescrits (non remboursés par le régime obligatoire)	-	-	30€	40€	50€
Dépistage Hépatite B	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépistage des troubles de l'audition (1 fois tous les 5 ans)	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie (Examen tous les 6 ans pour les femmes de +50ans)	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Détartrage complet (limité à 2 séances par an)	-	100 %	100 %	100 %	100 %
MUTUELLE ASSISTANCE (24h/24 et 7j)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
FOND DE SECOURS	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
TIERS PAVANT	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Le montant des prestations est exprimé « remboursement de la sécurité sociale inclus » sauf forfaits exprimés en Euros dans la limite des frais engagés.

(*) Tels que fixés réglementairement – voir tableaux détaillés en annexes

(1) Le panier 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. La Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limités de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire. Avant l'entrée en vigueur du panier « 100% SANTE », la prise en charge s'effectue à hauteur des prestations Hors « 100% SANTE ».

(2) Dans le respect du cadre réglementaire des prix limites de vente (PLV)

(3) La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les personnes âgées de 16 ans et plus ;

- par période d'un an pour les personnes de moins de 16 ans ;

- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, les périodes visées ci-dessus sont réduites dans les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et notamment :

- la période de deux ans qui s'applique aux personnes de 16 ans et plus est réduite à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et une monture) en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2 du chapitre 2 du titre II de la LPP ;

- la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ;

- dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

(4) On entend par :

"Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries."

"Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère es comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries."

"Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries."

(5) Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L 165-1. du code de la Sécurité sociale.

Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir, sur prescription médicale, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;

- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré. Cette condition fait l'objet d'une attestation du prescripteur dont copie est transmise à la caisse d'assurance maladie.

Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives sont remboursées dans la limite de 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les appareils hors 100% santé.

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-Co)

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrise (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'Optam ou à l'Optam-Co que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'Optam ou l'Optam-co. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.