

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>Honoraires, actes et soins</b>				
- Médecins signataires DPTM*	80 % BR ou 100 % BR*	90 % BR ou 70 % BR	170 % BR	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, actes techniques médicaux et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires DPTM	80 % BR ou 100 % BR	70 % BR ou 50 % BR	150 % BR	
- Honoraires des médecins non conventionnés	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR	
<b>Séjours</b>				
- Frais de séjour en établissement conventionné	80 % BR ou 100 % BR	70 % BR ou 50 % BR	150 % BR	Forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers, à l'exclusion des EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) et les MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées). Prise en charge illimitée dans les établissements de santé.
- Frais de séjour en établissement non conventionné	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	
<b>Chambre particulière</b>				
- Chambre particulière en secteur conventionné avec ou sans nuitée	---	1,5 % PMSS* / jour	1,5 % PMSS / jour	En secteur conventionné, avec ou sans nuitée.
<b>Frais d'accompagnant</b>				
- Frais d'accompagnant en secteur conventionné	---	1,5 % PMSS / jour	1,5 % PMSS / jour	En secteur conventionné. 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.
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120€.
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>Honoraires médicaux</b>				
- Consultations et visites des Médecins Généralistes · Médecins signataires DPTM · Médecins non signataires DPTM	70 % BR 70 % BR	30 % BR 30 % BR	100 % BR 100 % BR	
- Consultations et visites des Médecins Spécialistes · Médecins signataires DPTM · Médecins non signataires DPTM	70 % BR 70 % BR	100 % BR 80 % BR	170 % BR 150 % BR	
<b>Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE)</b>				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	Radiographie, scanner, IRM - Echographie ou doppler.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
<b>Actes techniques médicaux (ATM) et de chirurgie (ADC)</b>				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
<b>Honoraires paramédicaux</b>				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>				
- Remboursés par l'AMO	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
<b>Médicaments</b>				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
<b>Pharmacie (hors médicaments)</b>				
- Vaccins prescrits et non remboursés par l'AMO	---	25 €	25 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Substituts nicotiques non remboursés par l'AMO	---	40 €	40 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Contraception remboursée ou non par l'AMO	65 % ou 0 %	100 € - RSS	100 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Après épuisement du forfait, la contraception remboursée est prise en charge à hauteur de 100 % BR (remboursement total : AMO + AMC)
<b>Matériel médical</b>				
- Orthopédie, accessoires, appareillage et autres prothèses remboursées par l'AMO (hors auditives, dentaires et optiques)	60 % BR ou 100 % BR	65 % BR ou 25 % BR	125 % BR	
Transport prescrit et remboursé par l'AMO	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
<b>DENTAIRE</b>				
Soins, actes et consultations	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Inlays onlays	70 % BR	55 % BR	125 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 % BR ou 100 % BR	130 % BR ou 100 % BR	200 % BR	
<b>Soins et prothèses 100 % santé (Tels que définis réglementairement) - Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériel utilisé.</b>				
- Prothèses	70 % BR	Frais réels moins 70 % BR	Frais réels	Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis. Actes soumis à des honoraires limites de facturation (HLF*).
<b>Prothèses hors 100% santé - Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériel utilisé</b>				
<b>Panier à honoraires maîtrisés et libres - Au-delà du plafond de prise en charge, la garantie appliquée est celle du décret N° 2019-65 (= 125 % BR)</b>				
- Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles, prothèses sur implants, et bridges) sur dents visibles : incisives, canines et prémolaires <sup>(1)</sup>	70 % BR	155 % BR	225 % BR	Pour le panier à honoraires libres: remboursements effectués dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire (plafond de prise en charge hors RSS). Panier à honoraires maîtrisés soumis à des honoraires limites de facturation.
- Prothèses dentaires (dont prothèses amovibles, prothèses sur implants, et bridges) sur dents non visibles : molaires <sup>(2)</sup>	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
- Inlays-core	70 % BR	55 % BR	125 % BR	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
<b>DENTAIRE</b>				
<b>Actes non remboursés par l'AMO</b>				
- Orthodontie	---	---	---	
- Prothèses (plafond annuel)	---	250 % BRR*	250 % BRR	Base de remboursement reconstituée. Plafond de remboursement annuel.
- Parodontologie	---	200 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Implantologie	---	200 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
<b>OPTIQUE</b>				
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 03.12.2018 et rappelées ci-après : * Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). * Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). * Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) 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 dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la période est ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Prise en charge de la monture dans la limite de 100 €.				
<b>Équipements 100 % santé (Tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture) - Classe A - Soumis à des prix limites de vente (PLV*)</b>				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.
- Monture	60 % BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	
- Verres (tous types de correction)	60 % BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
- Autres suppléments (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestations d'adaptation)	60 % BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	
<b>Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres</b>				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60 % BR	100 €	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris le ticket modérateur.
- Verre simple	60 % BR	Voir Grille Optique BASE		
- Verre complexe	60 % BR			
- Verre très complexe	60 % BR			
Prestation d'adaptation verres de classe B	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Autres suppléments pour verres de classe B (dont filtres, prismes, verres iséiconiques, système antiptosis et prestations d'adaptation)	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
<b>Lentilles</b>				
- Lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	60 % BR	3 % PMSS moins 60 % BR	3% PMSS	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Après épuisement du forfait, les lentilles remboursées sont prises en charge à hauteur de 100 % BR (remboursement total : AMO + AMC) Sur prescription médicale. Y compris les lentilles jetables.
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	---	400 € par œil	400 € par œil	Forfait par œil, par année civile et par bénéficiaire.
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date <sup>(1)</sup> , dans les limites du plafond de remboursement prévu par le contrat responsable.				
<b>Équipements 100 % santé (Tels que définis réglementairement) Classe I - Soumis à des prix limites de vente</b>				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.
- Aides auditives	60 % BR	Frais réels moins 60 % BR	Frais réels	
<b>Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres</b>				
- Aides auditives	60 % BR.	400 € moins 60% BR	400 € par oreille	Forfait par oreille et à minima prise en charge à hauteur de 100 % BR (remboursement total : AMO + AMC).
Accessoires, entretien, piles, réparations	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
<b>PREVENTION, BIEN ETRE ET SERVICES</b>				
Actes de prévention définis par la réglementation	60 % BR à 100 % BR	40 % BR à 0 % BR	100 % BR	Le contrat prend en charge l'ensemble des actes de prévention visés par la réglementation relative au contrat responsable.
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par l'AMO	---	40 €	40 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Médecines douces : acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, diététicien, psychomotricien, psychologue, étiothérape	---	25 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile	25 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile	Forfait par séance et par bénéficiaire dans la limite de 2 séances par année civile.
Cures thermales remboursées par l'AMO	65 % BR ou 70 % BR	100 €	RSS + 100 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Hors thalassothérapie.
Assistance	---	OUI	OUI	Se référer à la Notice d'Information Assistance.

Les nouvelles dispositions s'appliquent pour les frais engagés relatifs à des soins intervenant à compter du 01.01.2020.

Les niveaux d'indemnisation définis s'entendent y compris les prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires.

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). Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général.

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.

<sup>(1)</sup> Ces dents correspondent aux numéros de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

<sup>(2)</sup> Ces dents correspondent aux numéros de dent : 16,17,18,26,27,28,36,37,38,46,47,48.

<sup>(3)</sup> Toutefois, jusqu'au 31.12.2020, un renouvellement anticipé de la prise en charge de l'aide auditive peut intervenir, sans préjudice de l'application des dispositions de l'article R 165-24 du Code de la Sécurité sociale, si les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- période d'au moins deux ans écoulée suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment),
- renouvellement sollicité pour une aide auditive hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état du bénéficiaire.

\* Abréviations : **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / **AMC** : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / **BR** : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. / **BRR** : Base de remboursement reconstituée / **DPTM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée / **OPTAM** (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) **OPTAM-CO** (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique) / **FR** : Frais réels. / **Service Médical Rendu (SMR)** : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. / **HLF** : Honoraires limites de facturation fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire / **PLV** : Prix limites de vente fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire. / **RSS** : Remboursement de l'AMO = montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement. / **TM** : Ticket Modérateur.

	FORFAIT PAR VERRE, Y COMPRIS LE REMBOURSEMENT DE L'AMO ET LE TICKET MODÉRATEUR	GRILLE OPTIQUE BASE
VERRES UNIFOCAUX	Sphère de [-2 à +2] et verre neutre	55 €
	Sphère de ]-2 à -4] ou de ]+2 à +4]	55 €
	Sphère de ]-4 à -8] ou de ]+4 à +8]	60 €
	Sphère < -8 ou > +8	75 €
	Cylindre ≤ +4 et sphère de [0 à -2] ; Sphère > 0 et S ≤ 2	65 €
	Cylindre ≤ +4 et sphère de ]-2 à -4] ; Sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	65 €
	Cylindre ≤ +4 et sphère de ]-4 à -8] ; Sphère > 0 et 4 < S ≤ 8	70 €
	Cylindre ≤ +4 et sphère < -8 ; Sphère > 0 et S > 8	80 €
	Cylindre > +4 et sphère de [0 à -2]	85 €
	Cylindre > +4 et sphère de ]-2 à -4]	85 €
	Cylindre > +4 et sphère de ]-4 à -8]	90 €
	Cylindre > +4 et sphère < -8	95 €
VERRES MULTIFOCaux ou PROGRESSIFS	Sphère de [-2 à +2]	120 €
	Sphère de ]-2 à -4] ou de ]+2 à +4]	120 €
	Sphère de ]-4 à -8] ou de ]+4 à +8]	130 €
	Sphère < -8 ou > +8	130 €
	Cylindre ≤ +4 et sphère de [0 à -2] ; Sphère > 0 et S ≤ 2	145 €
	Cylindre ≤ +4 et sphère de ]-2 à -4] ; Sphère > 0 et 2 < S ≤ 4	145 €
	Cylindre ≤ +4 et sphère de ]-4 à -8] ; Sphère > 0 et 4 < S ≤ 8	150 €
	Cylindre ≤ +4 et sphère < -8 ; Sphère > 0 et S > 8	155 €
	Cylindre > +4 et sphère de [0 à -2]	145 €
	Cylindre > +4 et sphère de ]-2 à -4]	145 €
	Cylindre > +4 et sphère de ]-4 à -8]	150 €
	Cylindre > +4 et sphère < -8	155 €
<b>MONTURE</b> (DONT SUPPLÉMENT POUR MONTURE DE LUNETTES À COQUE, ENFANT DE MOINS DE 6 ANS)		100 €

S : Sphère + Cylindre  
 [0] : inclus  
 ]0[ : exclus

**Assureur du contrat :**  
 ADREA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité – Immatriculée sous le n°311 799 878 – Siège social : 25 place de la Madeleine – 75008 PARIS.  
 Assureur de la garantie assistance : IMA Assurance Société Anonyme au capital de 5 000 000 euros, entreprise régie par le Code des Assurances - RCS Niort n°481.511.632 - 118 avenue de Paris - 79000 NIORT.

**Distributeur des garanties :**  
 APRÉVA MUTUELLE - Immatriculée sous le n°775 627 391 - Siège social : 30 avenue Denis Cordonnier - 59000 LILLE  
 ADREA MUTUELLE - Immatriculée sous le n°311 799 878 - Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS  
 EOVI MCD MUTUELLE - Immatriculée sous le n°317 442 176 - Siège social: 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12  
 MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE, Institution de Prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale – Immatriculée sous le n°775 691 181 - Siège social : 21, rue Laffitte - 75009 PARIS.