

GAMMES ENTREPRISES

Couverture Assurance Maladie + Mutuelle

Les prestations exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement s'entendent y compris les remboursements du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie. Elles sont servies dans le cadre du parcours de soins coordonné et sont limitées aux frais réellement engagés par l'assuré.		Taux Sécl. Sécl.	SOCLE ANI	LAURIER	MENTHE	ORIGAN	ROMARIN
SOINS COURANTS (en secteur conventionné)							
Consultations et Visites - Actes techniques médicaux (ATM) de médecins généralistes ou spécialistes (Signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100%	100%	100%	130%	150%	200%
Consultations et Visites - Actes techniques médicaux (ATM) de médecins généralistes ou spécialistes (Non signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100%	100%	110%	130%	180%	180%
Analyses et examens de laboratoire remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Radiologie (Signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100%	100%	120%	120%	120%	120%
Radiologie (Non signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel Médical (orthopédie et prothèses diverses, petit appareillage, grand appareillage) remboursé par AMO	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
• Forfait Matériel médical remboursé par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	-	90 € (1)	120 € (1)	155 € (1)	155 € (1)
• Forfait prothèses capillaires ou mammaires remboursées par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	250 € (1)	250 € (1)	250 € (1)	250 € (1)	250 € (1)
Honoraires paramédicaux : soins et actes d'aiguillages médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste,...)	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	Tous taux	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Participation forfaitaire appliquée aux actes dont le tarif est > 120 €	-	FR	FR	FR	FR	FR	FR
Transports remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
HOSPITALISATION (en secteur conventionné)							
Médicale, chirurgicale, frais de séjour, actes	80%/100%	100% BR	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens (ADC-ADA-ADO-ATM) (Signataires OPTAM-CO) *	80%/100%	100% BR	100%	140%	140%	140%	140%
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens (ADC-ADA-ADO-ATM) (Non signataires OPTAM-CO) *	80%/100%	100% BR	100%	120%	120%	120%	120%
Forfait hospitalier	-	100% illimité (3)	100% illimité (3)	100% illimité (3)	100% illimité (3)	100% illimité (3)	FR illimité (3)
Participation forfaitaire appliquée aux actes dont le tarif est > 120 €	-	FR	FR	FR	FR	FR	FR
Accompagnement jusqu'à 16 ans en hospit. chirurgicale et médicale	-	-	30 € / jour illimité (4)	30 € / jour illimité (4)	30 € / jour illimité (4)	30 € / jour illimité (4)	30 € / jour illimité (4)
Chambre particulière (hors ambulatoire)	-	-	30 € / jour illimité	60 € / jour illimité (9)	80 € / jour illimité (9)	90 € / jour illimité (9)	90 € / jour illimité (9)
OPTIQUE							
Equipements 100% santé (classe A) (tels que définis réglementairement) :							
• Monture + 2 verres quelle que soit la correction	60%	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)
• Prestations d'appairage	60%	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)
• Supplément pour verres avec filtre	60%	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)	100% FR (2)(5)
Equipements hors 100% santé (classe B) :							
• Forfait monture	60%	50 € (2)	50 € (2)	90 € (2)	90 € (2)	90 € (2)	90 € (2)
• Forfait verres simples, par verre (a)	60%	25 € / verre (2)	40 € / verre (2)	65 € / verre (2)	95 € / verre (2)	125 € / verre (2)	125 € / verre (2)
• Forfait verres complexes, par verre (c)	60%	75 € / verre (2)	75 € / verre (2)	90 € / verre (2)	120 € / verre (2)	150 € / verre (2)	150 € / verre (2)
• Forfait verres très complexes, par verre (f)	60%	75 € / verre (2)	75 € / verre (2)	115 € / verre (2)	155 € / verre (2)	205 € / verre (2)	205 € / verre (2)
• autres suppléments pour verres remboursés ou non par AMO	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prestations d'adaptation des verres classe A et B	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait lentilles prescrites correctrices remboursées ou non par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100% BR	100 € (1)	120 € (1)	135 € (1)	155 € (1)	155 € (1)
Forfait chirurgie réfractive non remboursée par l'Assurance Maladie (par œil)	-	-	-	270 € (1)	310 € (1)	420 € (1)	420 € (1)
DENTAIRE							
Consultations, soins dentaires, parodontologie et chirurgie dentaire (ADC/ATM) remboursés par le régime obligatoire AMO	70%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes et prothèses dentaires 100% santé (tels que définis réglementairement) :							
• Couronnes et bridges	70%	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)
• Inlay-Core	70%	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)
• Prothèses dentaires amovibles	70%	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)
• Réparations sur prothèses	70%	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)	100% FR (5)
Actes et prothèses dentaires hors 100% santé							
• Inlay-Onlay	70%	125% BR (5)	125%	125% BR (5)	125% BR (5)	125%	125%
• Couronnes et bridges	70%	125% BR (5)(8)	200% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	350% BR (5)(8)	350% BR (5)(8)
• Inlay-Core	70%	125% BR (5)(8)	200% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	350% BR (5)(8)	350% BR (5)(8)
• Prothèses dentaires amovibles	70%	125% BR (5)(8)	200% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	350% BR (5)(8)	350% BR (5)(8)
• Réparations sur prothèses	70%	125% BR (5)(8)	200% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	250% BR (5)(8)	350% BR (5)(8)	350% BR (5)(8)
Plafond de remboursement pour prestation > 125 % (8)	-	-	1 000 €	2 000 €	2 700 €	3 000 €	3 000 €
Implantologie / Parodontologie / Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	150 € (1)	400 € (1)(10)	600 € (1)(10)	800 € (1)(10)	800 € (1)(10)
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	70%/100%	125% BR	200%	250% BR	300% BR	350%	350%
AIDES AUDITIVES							
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) :							
• Aide auditive par oreille	60%	100% FR (5)(6)	100% FR (5)(6)	100% FR (5)(6)	100% FR (5)(6)	100% FR (5)(6)	100% FR (5)(6)
Equipements hors 100% santé (classe II) (tels que définis réglementairement) :							
• Aide auditive par oreille	60%	-	100% (5)(6)	100%+250 € (5)(6)	100%+600 € (5)(6)	100%+800 € (5)(6)	100%+800 € (5)(6)
Piles et accessoires remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	-	100%	100%	200%	100%	100%
CURES THERMALES							
Honoraires, Soins, hébergement et transport	65%/70%	-	-	-	100%	100%	100%
Forfait hébergement et transport	-	-	-	120 € (1)	230 € (1)	250 € (1)	250 € (1)
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES							
Amniocentèse non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	-	45 € (1)	45 € (1)	45 € (1)	45 € (1)
Fécondation In Vitro	-	-	-	100 € (1)	100 € (1)	100 € (1)	100 € (1)
Médecines douces (7)	-	-	30% FR jusqu'à 60 €/an	40% FR jusqu'à 80 €/an	40% FR jusqu'à 100 €/an	50% FR jusqu'à 120€/an	50% FR jusqu'à 120€/an
Homéopathie prescrite et non remboursé par l'Assurance Maladie	-	30€ (1)	30 € (1)	30€ (1)	30€ (1)	30€ (1)	30 € (1)
ACTES DE PREVENTION							
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale (liste art. R.871.2 CSS)	-	100% BR	100%	100%	200%	100%	100%
Vaccins non remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	-	50 € (1)	50 € (1)	50 € (1)	50 € (1)
Contraception non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	-	40 € (1)	40 € (1)	50 € (1)	50 € (1)
Densitométrie osseuse remboursée ou non par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	70%	100% BR (1)	100%	100% + 35€ (1)	100% + 35€ (1)	100% + 35€ (1)	100% + 35€ (1)
Sevrage tabagique (hors cigarette électronique) sur prescription médicale	-	-	-	90 € (1)	90 € (1)	90 € (1)	90 € (1)

(1) Par année civile et par bénéficiaire

(2) Adulte : Forfait (ticket modérateur inclus) valable tous les deux ans à compter de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie ou par la Mutuelle à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu réglementairement, notamment en cas d'évolution de la vue avérée.

(3) Enfant (- de 16 ans) : forfait (ticket modérateur inclus) annuel à compter de la date d'acquisition de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie ou par la Mutuelle à l'exception des cas pour lesquels aucun délai n'est prévu réglementairement pour le renouvellement des verres, notamment en cas d'évolution de la vue.

(4) Excepté établissements médico-sociaux

(5) En hospitalisation chirurgicale et médicale (forfait III et repas)

(6) Dans le limite du prix limite de vente ou honoraires limites de facturation

(7) Une prise en charge par l'équipement tous les 4 ans, ce délai s'applique à compter de la date de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie ou par la Mutuelle.

(8) Ostéopathe, Chiropractie, Acupuncture, Podologie, Diététique, Psychomotricité, Naturopathie, Psychologie

(9) Plafond global annuel et par personne sur les actes "prothèses dentaires fixes et amovibles, bridges, inlay core, réparations"

(10) Dont forfait parodontologie limité à 300 € par an et bénéficiaire

FR = Frais Réels BR = Base de remboursement du régime obligatoire de l'Assurance maladie TM = Ticket Modérateur

* L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée conclus entre l'Assurance maladie et certains médecins (secteur 1 avec droit permanent à dépaiement ou secteur 2) qui s'engagent à pratiquer à l'égard de leurs patients des dépassements d'honoraires modérés. La liste des médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO est consultable sur le site de l'assurance maladie (www.ameli.fr)

Toutes les prestations sont versées dans la limite des dépenses engagées. Le contrat est responsable selon les décrets n°2014-1374 du 18.11.2014, n°2014-1025 du 8.9.2014, n°2019-21 du 11 janvier 2019. Les taux s'entendent sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : taux en vigueur au 1.1.2021

Pour les actes Hors Parcours de Soins Coordonnés, le remboursement Mutuelle demeure inchangé, mais le taux de remboursement de la Sécurité Sociale peut être minoré.