

Pour les options, Bronze et Argent, ces remboursements sont effectifs dans le cadre du parcours de soins coordonnés mis en place depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Hors parcours de soins (lorsque l'assuré ne passe pas par son médecin traitant, en dehors des cas prévus par la loi), l'Assurance maladie obligatoire procède à une baisse du taux de remboursement par rapport au tarif de base. Ces diminutions de remboursement restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'assuré et ne peuvent être remboursées par les garanties Bronze et Argent. Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursables hors parcours de soins.

DÉSIGNATION DES ACTES	REMBOURSEMENTS SÉCURITÉ SOCIALE	OPTION BRONZE	OPTION ARGENT
<b>SOINS DE VILLE</b>			
• Visites et consultations généralistes ou spécialistes *	70 % (minoré si hors parcours de soins)	30 % BR	30 % BR
• Actes de spécialités	70 % (minoré si hors parcours de soins)	30 % BR	30 % BR
• Radiographie, scanner, IRM, échographie...	70 % (minoré si hors parcours de soins)	30 % BR	30 % BR
• Analyses médicales	60 %	40 % BR	40 % BR
• Soins infirmiers (piqûres et déplacements)	60 %	40 % BR	40 % BR
• Paramédical (Kiné, pédicure, orthophonie)	60 %	40 % BR	40 % BR
• Soins dentaires	70 %	30 % BR	30 % BR
<b>PHARMACIE</b>			
• Médicaments avec vignettes blanches	65 %	35 % TFR	35 % TFR
• Médicaments avec vignettes bleues	30 %	70 % TFR	70 % TFR
• Médicaments avec vignettes oranges	15 %	85 % TFR	85 % TFR
• Médicaments prescrits et non remboursés	néant	-	-
<b>HOSPITALISATION</b>			
• Hospitalisation médicale	80 % (minoré si hors parcours de soins)	20 % BR	20 % BR
• Hospitalisation chirurgicale (dont IVG)	80 % (minoré si hors parcours de soins)	20 % BR	20 % BR
• Chirurgie : Actes de spécialités	80 % (minoré si hors parcours de soins)	20 % BR	20 % BR
• Chambre particulière (y compris maternité)	néant	-	-
• Lit accompagnant enfant - 12 ans inscrit à la mutuelle	néant	-	-
• Forfait hospitalier illimité	néant	OUI	OUI
• Frais de séjour en maison de repos	80 %	-	20 % BR 30j/an
• Transport en ambulance, VSL, etc...	65 %	35 % BR	35 % BR
<b>FRANCHISE ACTES LOURDS</b>			
• Actes Techniques égaux ou supérieurs à 120 €	néant	Montant de la Franchise	Montant de la Franchise
<b>FORFAITS</b>			
• Prothèses dentaires prises en charge par la SS	70 %	30 % BR	30 % BR + 800 €/an
• Orthodontie acceptée par la SS	100 %	-	115 €/semestre
• Lunettes (1) -(2)	60 %	40 % BR	40 % BR
Montures	60 %	40 % BR + 20 €	60 €
Verres simples	60 %	40% BR + 40€/verre	80 €/verre
Verres complexes	60 %	40% BR + 40€/verre	100 €/verre
• Lentilles de contact correctives (3) (y compris les lentilles refusées par la SS)	60 %	40 % BR	40 % BR + 150 €/an
• Prothèses auditives	60 %	40 % BR	40 % BR + 230 €/an
• Autres Prothèses Médicales et Appareillages	60 %	40 % BR	40 % BR + 77 €/an
• Cure Thermale (y compris les soins attenants à la cure)	65 % ou 70 %	TM	305 €/an
• Forfait préservatif pour les 16 à 24 ans	néant	10 €/an	10 €/an
• Ostéopathie au 1/07/2017	-	50 € 2 séances/an	50 € 2 séances/an
• Etiopathie au 1/07/2017	-	50 € 2 séances/an	50 € 2 séances/an
• Vaccin anti-grippe	néant	-	8 €/an
• Moyens de contraception prescrits non remboursés	néant	-	-
<b>PRÉVENTION</b>			
• Examen Ostéodensitométrie accepté par la SS	70 %	30 % BR	30 % BR
• Détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en deux séances maximum)	70 %	30 % BR	30 % BR

(1) Un remboursement toutes les deux années civiles. (2) Pour les lunettes, fournir une facture + ordonnance. (3) Pour les lentilles, fournir facture + ordonnance  
La mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire de 1 euro (Arrêté du 1<sup>er</sup> janvier 2005), ainsi que les franchises médicales (instaurées au 1<sup>er</sup> janvier 2008), visées à l'article L 322-2-II du code de la Sécurité sociale, sauf pour l'option Platine.

TM = Ticket modérateur/BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale/TFR = Tarif forfaitaire de responsabilité

\* Minoré dans le cadre ou le praticien n'a pas signé de contrat d'accès aux soins, remplacé par OPTAM ou OPTAM-CO au 01/01/2017.