

Les garanties ci-après sont exprimées en complément du régime général de l'Assurance Maladie<sup>(1)</sup>.

## Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2024 du contrat de base Noir / Blanc

Régimes Obligatoires RO

Remboursement Mutuelle  
Dans la limite des frais réels

Contrat de base  
Noir / Blanc

Remboursement  
total

Justificatifs à fournir  
à la Mutuelle

### > Soins courants

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

#### HONORAIRES MÉDICAUX

<b>Consultation</b> (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite <b>Généraliste DPTAM</b> <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	50% ou 20%	<b>120%</b>	
<b>Consultation</b> (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite <b>Généraliste HORS DPTAM</b> <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	30% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Consultation et visite Spécialiste DPTAM</b> <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	65% ou 35%	<b>135%</b>	
<b>Consultation et visite Spécialiste HORS DPTAM</b> <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	45% ou 15%	<b>115%</b>	
<b>Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe DPTAM</b> <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	30% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe HORS DPTAM</b> <sup>(2)</sup>	70% ou 100%	30% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Radiologie</b> (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - DPTAM <sup>(2)</sup> )	70% ou 100%	30% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Radiologie</b> (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - Hors DPTAM <sup>(2)</sup> )	70% ou 100%	30% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Densitométrie non remboursée par la Sécurité Sociale</b>	0%	30% FR + 15 €	<b>30% FR + 15 €</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

#### MÉDICAMENTS

<b>Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale</b>	65% / 30% / 15%	35% / 70% / 85%	<b>100%</b>	
<b>Médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale</b>	0%	30% FR	<b>30% FR limité à 50 € / an</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

#### ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

<b>Analyses et examens de laboratoire remboursés par la Sécurité Sociale (Y compris HPV (12))</b>	60% ou 100%	40% ou 0%	<b>100%</b>	
<b>Analyses et examens de laboratoire non remboursés par la Sécurité Sociale</b>	0%	30% FR	<b>30% FR limité à 50 € / an</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

#### HONORAIRES PARAMÉDICAUX

<b>Soins infirmiers, Massages, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie</b>	60%	40%	<b>100%</b>	
<b>Indemnités de déplacement</b>	70%	30%	<b>100%</b>	
<b>Pédicurie et Podologie remboursées ou non par la Sécurité Sociale</b> <sup>(4)</sup>	60% / 100% / 0%	40% ou 0% + 20 €/séance	<b>100% + 20 €/séance</b>	Facture <sup>(3)</sup> si non prise en charge SS

#### APPAREILLAGE DIVERS ET MATÉRIEL MÉDICAL

<b>Petits appareillages, accessoires, orthopédie remboursés par la Sécurité Sociale</b>	60%	40% + 50 € par acte	<b>100% + 50 € par acte</b>	Facture <sup>(3)</sup>
<b>Petits appareillages, accessoires, orthopédie non remboursés par la SS</b>	0%	50 € par acte	<b>50 € par acte</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
<b>Prothèse (mammaire, postiche, oculaire)</b>	100%	150€	<b>100% + 150 € par acte</b>	Facture <sup>(3)</sup>

# Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2024 du contrat de base Noir / Blanc

Régimes Obligatoires RO

Remboursement Mutuelle

Dans la limite des frais réels

Contrat de base Noir / Blanc

Remboursement total

Justificatifs à fournir à la Mutuelle

## > Hospitalisation

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

### HONORAIRES

Honoraires DPTAM <sup>(2)</sup>	80% ou 100%	20% ou 0%	<b>100%</b>	Facture acquittée accompagnée du bordereau détaillé délivré par l'établissement
Honoraires HORS DPTAM <sup>(2)</sup>	80% ou 100%	20% ou 0%	<b>100%</b>	
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	<b>100%</b>	

### FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait hospitalier Médical, Chirurgical, Convalescence Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	<b>Tarif en vigueur</b>	
Forfait hospitalier Psychiatrie Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	<b>Tarif en vigueur</b>	
Participation forfaitaire pour acte lourd	0%	24 €	<b>24 €</b>	Franchise SS pour acte > à 120€ /séjour, 1 fois par séjour
Chambre particulière Médicale, Chirurgicale (limitée à 90 jours par an)	0%	65 € / nuitée	<b>65 € / nuitée</b>	
Chambre particulière Psychiatrie / Convalescence (limitée à 60 jours par an)	0%	65 € / nuitée	<b>65 € / nuitée</b>	
Chambre en ambulatoire	0%	0%	<b>0%</b>	
Forfait Patient Urgence (FPU)	0%	Tarif en vigueur	<b>Tarif en vigueur</b>	
Hébergement accompagnement enfant de moins de 16 ans	0%	31 € / nuitée	<b>31 € / nuitée</b>	Facture <sup>(3)</sup>
Péridurale - Amniocentèse	70%	30%	<b>100%</b>	
Forfait des dépenses liées à l'hospitalisation en Maternité <sup>(14)</sup>	0%	145 €	<b>145 €</b>	Pour la maman adhérente, présentation des justificatifs de frais restants à charge
Cures Thermales soins – honoraires	65% ou 70%	35% ou 30%	<b>100%</b>	Une cure par an
Frais inhérents à la cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale	0%	150 € / an	<b>150 € / an</b>	Facture <sup>(3)</sup>
Transport (sauf cure)	65%	35%	<b>100%</b>	

### Selon la loi :

1 - Limitation à un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans (date d'achat) à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu réglementairement, notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue

2 - Participation forfaitaire intégrant le remboursement du Régime Obligatoire et le Ticket Modérateur. **Monture limitée à 100 €** y compris les prestations d'appariage des verres de classe A et du supplément pour verres avec filtre.

## > Optique

### ÉQUIPEMENT «100% SANTÉ»

### PRISE EN CHARGE INTÉGRALE

Verres, monture tels que définis réglementairement <sup>(6)</sup>	60% ou 100%	100% FR - SS	<b>100% FR</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
---	-------------	--------------	----------------	---------------------------------------

### ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER B (TARIFS LIBRES SANS PLV) AVEC UNE PRISE EN CHARGE MAXIM UM DE 100 € POUR LA MONTURE

Verres uni focaux, montures (catégorie A) <sup>(7)</sup>	60% ou 100%	Limité à 150 €	<b>Limité à 150 €</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Verres mixtes, montures (catégories B et D) <sup>(7)</sup>	60% ou 100%	Limité à 225 €	<b>Limité à 225 €</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Verres progressifs, montures (catégories C, E et F) <sup>(7)</sup>	60% ou 100%	Limité à 300 €	<b>Limité à 300 €</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

### AUTRES PRESTATIONS

Lentilles de contact remboursées par la Sécurité Sociale	0%, 60% ou 100%	Limité à 200 €/an hors TM	<b>Limité à 200 €/an hors TM</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Lentilles de contact non remboursées par la Sécurité Sociale	0%	Sur la base reconstituée de 39,48€ par lentille	<b>Sur la base reconstituée de 39,48€ par lentille</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
Chirurgie de la myopie	0%	153 € / œil / an	<b>153 € / œil / an</b>	Facture <sup>(3)</sup>

# Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2024 du contrat de base Noir / Blanc

Régimes Obligatoires RO

Remboursement Mutuelle  
Dans la limite des frais réels

Contrat de base  
Noir / Blanc

Remboursement  
total

Justificatifs à fournir  
à la Mutuelle

## > Aides auditives <sup>(8)</sup>

**Selon les règles de la réforme 100 % Santé :**  
Limitation à un équipement/oreille par période de 4 ans (date de facturation)

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «100% SANTÉ»	LE REMBOURSEMENT	DES ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ EST INTÉGRAL DANS LA LIMITE DES PRIX LIMITES DE VENTE		
Prothèse auditive	60%	100% FR - SS	100% FR	
ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «TARIFS LIBRES»				
Prothèse auditive	60%	500€ / prothèse	60% + 500€ / prothèse limité à 1700€ par prothèse	
AUTRES PRESTATIONS				
Réparation, entretien et piles pour prothèses auditives <sup>(9)</sup>	60%	40%+30% FR limité à 90€/an	100% + 30% FR limité à 90€/ an	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

## > Dentaire

SOINS ET PROTHESES «100% SANTÉ» <sup>(6)</sup>	PRISE EN CHARGE INTÉGRALE			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	100% FR - SS	100% FR	
Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	100% FR - SS	100% FR	
SOINS DENTAIRE PROTHÉTIQUES DANS L'UN DES PANIERS «TARIFS MAÎTRISÉS» OU «TARIFS LIBRES»				
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale <sup>(6 bis)</sup>	70% ou 100%	210% ou 180% limité à 2250€/an hors TM	280% limité à 2250€/an hors TM	
Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale <sup>(6 bis)</sup>	70% ou 100%	130% ou 100% limité à 2250€/an hors TM	200% limité à 2250€/an hors TM	
AUTRES PRESTATIONS				
Soins dentaires	70%	30%	100%	
Parodontie remboursée par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	230% ou 200% limité à 2250€/an hors TM	300% limité à 2250€/an hors TM	
Prothèses dentaires, Inlays-onlays, Inlays-core et Parodontie non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	40% FR limité à 500€/an	40% FR limité à 500€/an	Facture avec nature des actes <sup>(3)</sup>
Implantologie	0%	40% FR limité à 500€/implant et 2 implants/an	40% FR limité à 500€/implant et 2 implants/an	Facture avec nature des actes <sup>(3)</sup>
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100%	100%	200%	
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (tarif convention reconstitué) limité à 4 semestres de traitement + 2 semestres pour la contention	0%	100%	100%	Facture avec nature et date des soins <sup>(3)</sup>

NOUVEAU 100% SANTÉ 2021

100% SANTÉ DÈS LE 1<sup>ER</sup> JANVIER 2020 <sup>(6)</sup>

## Les garanties au 1<sup>er</sup> Janvier 2024 du contrat de base Noir / Blanc

Régimes Obligatoires RO

Remboursement Mutuelle  
Dans la limite des frais réels

Contrat de base  
Noir / Blanc

Remboursement  
total

Justificatifs à fournir  
à la Mutuelle

### > Bien être et prévention

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

	Régimes Obligatoires RO	Contrat de base Noir / Blanc	Remboursement total	Justificatifs à fournir à la Mutuelle
<b>Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie</b> <sup>(13)</sup>	0%	30 €/séance	<b>30 €/séance</b>	Facture <sup>(3)</sup> Limité à 4 séances/an/spécialité
<b>Acupuncture</b> <sup>(13)</sup> , <b>Homéopathie</b>	0%	20 €/séance	<b>20 €/séance</b>	Facture <sup>(3)</sup>
<b>Consultation Psychologue</b> <sup>(10)</sup>	60%	40%	<b>100%</b>	Limité à 8 séances/an
<b>Vaccins remboursés par la Sécurité Sociale</b>	70%	30%	<b>100%</b>	
<b>Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale</b>	0%	FR (limité à 50 €/an )	<b>FR (limité à 50 €/an )</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
<b>Sevrage tabagique</b> <sup>(11)</sup>	65%	Forfait 80 €/an	<b>65% + Forfait 80 €/an</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>
<b>Aliments sans gluten</b>	60% ou 100%	100%	<b>160% ou 200%</b>	Prescription + Facture <sup>(3)</sup>

## Lexique

(1) Sauf indication contraire, les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(2) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM et OPTAM-CO désignent les options des contrats passés entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie

(3) Fournir les factures originales acquittées

(4) Y compris bilan postural

(5) Y compris les prestations d'appariage des verres de classe A et du supplément pour verres avec filtre.

(6) 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 limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire.

(6 bis) S'effectue dans la limite des HLF pour tarifs maîtrisés, mais pas de HLF pour tarifs libres.

(7) Voir fiche jointe pour optique (page 23)

(8) Pour l'ensemble des aides auditives («classe 1» et «classe 2») : limitation à un équipement/par oreille par période de 4 ans (date de facturation). Sont pris en compte dans cette période les aides auditives facturées depuis le 01/01/2019.

(9) Remboursement SS des piles sans mercure : le nombre de paquets pris en charge par an dépend du modèle de piles (10 : 10 par an, 312 : 7 par an, 13 : 5 par an, 675 : 3 par an) ; tarif unitaire 1,50 €/par appareil

(10) Consultation de psychologue : prise en charge de 8 séances maximum par an, à raison de 40% de la base de remboursement de la SS, suite à une orientation par le médecin traitant vers un psychologue inscrit au répertoire du dispositif gouvernemental.

(11) Pour les traitements de substitution nicotinique

(12) Test HPV (dépistage du cancer du col de l'utérus)

(13) Ces professions étant réglementées, les praticiens et spécialistes doivent être inscrits aux répertoires ADELI ou RTPS pour donner lieu à remboursement RC

(14) Le forfait est versé lors de la naissance, qu'elle soit simple ou multiple.

RO = Régime obligatoire

RC = Régime complémentaire

SS = Sécurité Sociale

FR = Frais réels

TM = Ticket Modérateur : quote-part que la Sécurité Sociale laisse à la charge par rapport à la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Hors TM = Au delà du ticket modérateur

Les dépassements d'honoraires doivent être notifiés sur le décompte SS