



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

REMBOURSEMENTS
PRESTATIONS

 ASSURANCE MALADIE
 OBLIGATOIRE (AMO) DANS
 LE PARCOURS DE SOINS

 ASSURANCE MALADIE
 COMPLÉMENTAIRE (AMC)

TOTAL

PRÉCISIONS

HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	195% B.R.	275% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	95% B.R.	175% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours				
- Frais de séjour secteurs conventionnés	80% B.R.	170% B.R.	250% B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
- Frais de séjour secteurs non conventionnés	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Illimité dans les établissements de santé
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée en Chirurgie, Maternité, Médecine, Psychiatrie et Soins de suite et de réadaptation (Convalescence, Rééducation...)	Néant	70 €	70 €	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Chirurgie, Maternité et Médecine Durée limitée à 30 jours en Psychiatrie et Soins de suite et de réadaptation (Convalescence, Rééducation...)
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	Néant	20 € / jour	20 € / jour	Hors box d'hospitalisation
- Frais d'accompagnement pour les bénéficiaires hospitalisés de moins de plus de 75 ans (Age apprécié à la date des soins)	Néant	20 € / jour	20 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Valable pour les hospitalisations en médecine et chirurgie. Limité à 10 jours par année civile.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	160% B.R.	230% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	100% B.R.	170% B.R.	
Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	170% B.R. ou 160% B.R.	230% B.R.	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% B.R.	130% B.R.	190% B.R.	
Analyses et examens de laboratoire	60% B.R.	100% B.R.	160% B.R.	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	160% B.R.	230% B.R.	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	100% B.R.	170% B.R.	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires D.P.T.M. en secteur conventionné	70% B.R.	160 % B.R.	230 % B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M. en secteur conventionné	70% B.R.	100 % B.R.	170 % B.R.	
- Médecins en secteur non conventionné	70% B.R.	30 % B.R.	100 % B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	
Matériel médical				
- Petit appareillage : Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	120% B.R.	180% B.R.	Limité à un plafond de 2000 € par année civile et par bénéficiaire
- Grand appareillage	100% B.R.	80% B.R.	180% B.R.	
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	80% B.R.	180% B.R.	
Transports				
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
Cures thermales				
- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : Forfait thermal et honoraires de surveillance remboursés par l'AMO	65% B.R.	35% B.R.+ 150 €	100% B.R. + 150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
DENTAIRE				
Plafond global de remboursement à 1250€ par année civile et par bénéficiaire pour les actes dentaires désignés ci-dessous et hors ticket modérateur de 55% B.R. sur les prothèses dentaires remboursées par l'A.M.O.,				
- Soins, actes et consultations	70% B.R.	80% B.R.	150% B.R.	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	230% B.R. ou 200 % B.R.	300% B.R.	
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériel utilisé. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	Frais Réels	
Prothèses hors 100 % santé Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériel utilisé				
Panier à honoraires maîtrisés				
- Inlays onlays	70% B.R.	155% B.R.	225% B.R.	Actes soumis à des honoraires limités de facturation et au plafond global de remboursement
- Prothèses dentaires	70% B.R.	155% B.R.	225% B.R.	Actes soumis à des honoraires limités de facturation et au plafond global de remboursement
Panier à honoraires libres				
- Inlays onlays	70% B.R.	155% B.R.	225% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement
- Prothèses dentaires	70% B.R.	155% B.R.	225% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement
Actes non remboursés par l'A.M.O.				
- Parodontologie et implantologie	Néant	275 €	275 €	Forfait par acte, limité à 3 actes par année civile et soumis au plafond global de remboursement
- Prothèses	Néant	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire et soumis au plafond global de remboursement
- Orthodontie	Néant	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire et soumis au plafond global de remboursement
AUTRES PRESTATIONS- pack « BIEN ETRE » Dans la limite de 150 € par année civile et par bénéficiaire				
- Acupuncteurs, chiropracteurs, étioopathes, luminothérapie, micro-kinésithérapeutes, phytothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, reflexologues, sophrologues	Néant	15 €	15 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 4 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Diététiciens	Néant	30 €	30 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 5 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Pédicures-podologues	Néant	30 €	30 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Ostéopathes	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 2 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Dermatologues prescrits non remboursés par l'A.M.O.	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire, Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Bilan nutritionnel	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 1 séance par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Arrêt du tabac prescrit remboursé par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R. + 75 €	100% B.R. + 75 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Traitements délivrés en pharmacie remboursés ou non par l'A.M.O. et acupuncteurs (praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL). Remboursement effectué sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale. Cigarette électronique exclue.
- Arrêt du tabac prescrit non remboursé par l'A.M.O.	Néant	75 €	75 €	
- Contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O. : spermicides, contraception d'urgence, préservatifs masculins ou féminins, test de grossesse non remboursé	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'A.M.O.	Néant	7 €	7 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Autres vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O. (uniquement injections)	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O.	Néant	40 €	40 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Forfait diagnostic et surveillance : cancer du col de l'utérus (papillomavirus), infections urinaires, cancer du côlon, polyarthrite rhumatoïde, bilan allergique	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Examens de biologie médicale prescrits non remboursés par l'A.M.O. et médicaments homéopathiques prescrits.	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Cures de thalassothérapie A partir de 67 ans (Apprécié à la date des soins)	Néant	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire, non cumulable avec la cure thermique
- Patchs anti-douleur : Enfants moins de 16 ans (Apprécié à la date des soins)	Néant	20 €	20 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Prise en charge de club sportif	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Basse vision loupe agrandisseur	Néant	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

PRÉCISIONS

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL
---	--	-------

OPTIQUE

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale).
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.

Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures)

Classe A

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.

- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Verres (tous types de correction)	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.

Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture)

Classe B - Tarifs libres

Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins

- Equipement à verres simples	60% B.R.	220 € moins 60% B.R.	220 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres simples après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	270 € moins 60% B.R.	270 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes	60% B.R.	400€ moins 60% B.R.	400 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	450 € moins 60% B.R.	450 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres très complexes	60% B.R.	500 € moins 60% B.R..	500 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verre très complexes après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	550 € moins 60% B.R.	550 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture

Enfants de moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins

- Equipement à verres simples	60% B.R.	140 € moins 60% B.R.	140 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes	60% B.R.	240 € moins 60% B.R.	240 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture

Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription

	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
--	----------	----------	------------------	--

Lentilles

- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R. + 200 €	100% B.R. + 200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques Sur prescription médicale Y compris produits d'entretien
- Forfait lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	200 €		

Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO

- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	Néant	300 €	300 €	Forfait par année civile, par bénéficiaire et par œil
---	-------	-------	--------------	---

AIDES AUDITIVES

Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date

Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement)

Classe I - Soumis à des prix limites de vente

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.

- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Appareillage auditif.
-------------------	----------	----------------------------	--------------------	-----------------------

Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres

- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 300 €	100% B.R. + 300 €	Appareillage auditif. Forfait par aides auditives et par bénéficiaire. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
--	----------	------------------	--------------------------	--

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
AIDES AUDITIVES				
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. +550 €	100% B.R. + 550 €	Appareillage auditif. Forfait par aide auditive et par bénéficiaire Age apprécié à la date des soins. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% B.R.	40% B.R. + 40 €	100% B.R. + 40 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Tous les actes de préventions pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.				

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)
 Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- 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).
- 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.

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE (AMO) DANS
LE PARCOURS DE SOINS

ASSURANCE MALADIE
COMPLÉMENTAIRE (AMC)

TOTAL

PRÉCISIONS

HOSPITALISATION

Honoraires, actes et soins

- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	220% B.R.	300% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	120% B.R.	200% B.R.	

Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
---------------------------------	-------	-------------	--------------------	--

Séjours

- Frais de séjour secteurs conventionnés	80% B.R.	195% B.R.	275% B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
- Frais de séjour secteurs non conventionnés	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	

- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Illimité dans les établissements de santé
----------------------------------	-------	-------------	--------------------	---

- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
----------------------------	-------	-------------	--------------------	--

- Chambre particulière avec nuitée en Chirurgie, Maternité, Médecine, Psychiatrie et Soins de suite et de réadaptation (Convalescence, Rééducation...)	Néant	80 €	80 €	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Chirurgie, Maternité et Médecine. Durée limitée à 30 jours en Psychiatrie et Soins de suite et de réadaptation (Convalescence, Rééducation...)
--	-------	------	-------------	---

- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie				Hors box d'hospitalisation
---	--	--	--	----------------------------

- Frais d'accompagnement pour les bénéficiaires hospitalisés de moins de plus de 75 ans (Age apprécié à la date des soins)	Néant	20 € / jour	20 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Valable pour les hospitalisations en médecine et chirurgie. Limité à 10 jours par année civile.
--	-------	-------------	--------------------	--

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes

- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	200% B.R.	270% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	

Sages-femmes	60%B.R. ou 70% B.R.	210% B.R. ou 200% B.R.	270% B.R.	
---------------------	------------------------	---------------------------	------------------	--

Honoraires paramédicaux

- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% B.R.	160% B.R.	220% B.R.	
--	----------	-----------	------------------	--

Analyses et examens de laboratoire	60% B.R.	120% B.R.	180% B.R.	
---	----------	-----------	------------------	--

Actes d'imagerie

- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	200% B.R.	270% B.R.	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	

Actes techniques médicaux et de chirurgie

- Médecins signataires D.P.T.M. en secteur conventionné	70% B.R.	200 % B.R.	270 % B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M. en secteur conventionné	70% B.R.	130 % B.R.	200 % B.R.	

- Médecins en secteur non conventionné	70% B.R.	30 % B.R.	100 % B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
--	----------	-----------	-------------------	--

Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
---------------------------------	-------	-------------	--------------------	--

Médicaments

- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
---	----------	----------	------------------	--

- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
--	----------	----------	------------------	--

- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	
--	----------	----------	------------------	--

Matériel médical

- Petit Appareillage : Accessoires, appareillage, orthopédie	60% B.R.	140% B.R.	200% B.R.	
--	----------	-----------	------------------	--

- Grand appareillage	100% B.R.	100% B.R.	200% B.R.	Limité à un plafond de 2000 € par année civile et par bénéficiaire
----------------------	-----------	-----------	------------------	--

- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	100% B.R.	200% B.R.	
--	-----------	-----------	------------------	--

Transports

- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
--	----------	----------	------------------	--

Cures thermales

- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : Forfait thermal et honoraires de surveillance remboursés par l'AMO	65% B.R.	35% B.R. + 200 €	100% B.R. + 200€	Forfait par année civile et par bénéficiaire
---	----------	------------------	-------------------------	--

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
DENTAIRE				
Plafond global de remboursement à 1500€ par année civile et par bénéficiaire pour les actes dentaires désignés ci-dessous et hors ticket modérateur de 55% B.R. sur les prothèses dentaires remboursées par l'A.M.O.				
- Soins, actes et consultations	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	255% B.R. ou 225% B.R.	325% B.R.	
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériel utilisé. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	Frais Réels	
Prothèses hors 100 % santé Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériel utilisé				
Panier à honoraires maîtrisés				
- Inlays onlays	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	Actes soumis à des honoraires limités de facturation et au plafond global de remboursement
- Prothèses dentaires	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	Actes soumis à des honoraires limités de facturation et au plafond global de remboursement
Panier à honoraires libres				
- Inlays onlays	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement
- Prothèses dentaires	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement
Actes non remboursés par l'A.M.O.				
- Parodontologie et implantologie	Néant	300 €	300 €	Forfait par acte, limité à 3 actes par année civile et soumis au plafond global de remboursement
- Prothèses	Néant	175 €	175 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire et soumis au plafond global de remboursement
- Orthodontie	Néant	175 €	175 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire et soumis au plafond global de remboursement
AUTRES PRESTATIONS- pack « BIEN ETRE » Dans la limite de 150 € par année civile et par bénéficiaire				
- Acupuncteurs, chiropracteurs, étioopathes, luminothérapie, micro-kinésithérapeutes, phytothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, reflexologues, sophrologues	Néant	15 €	15 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 4 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Diététiciens	Néant	30 €	30 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 5 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Pédicures-podologues	Néant	30 €	30 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Ostéopathes	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 2 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Dermatologues prescrits non remboursés par l'A.M.O.	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire, Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Bilan nutritionnel	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 1 séance par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Arrêt du tabac prescrit remboursé par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R. + 75 €	100% B.R. + 75 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Traitements délivrés en pharmacie remboursés ou non par l'A.M.O. et acupuncteurs (praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL). Remboursement effectué sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale. Cigarette électronique exclue.
- Arrêt du tabac prescrit non remboursé par l'A.M.O.	Néant	75 €	75 €	
- Contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O. : spermicides, contraception d'urgence, préservatifs masculins ou féminins, test de grossesse non remboursé	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'A.M.O.	Néant	7 €	7 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Autres vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O. (uniquement injections)	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O.	Néant	40 €	40 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Forfait diagnostic et surveillance : cancer du col de l'utérus (papillomavirus), infections urinaires, cancer du côlon, polyarthrite rhumatoïde, bilan allergique	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Examens de biologie médicale prescrits non remboursés par l'A.M.O. et médicaments homéopathiques prescrits.	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Cures de thalassothérapie A partir de 67 ans (Apprécié à la date des soins)	Néant	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire, non cumulable avec la cure thermique
- Patchs anti-douleur : Enfants moins de 16 ans (Apprécié à la date des soins)	Néant	20 €	20 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Prise en charge de club sportif	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Basse vision loupe agrandisseur	Néant	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

PRÉCISIONS

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL
---	--	-------

OPTIQUE

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale).
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.

Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures)

Classe A

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.

- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Verres (tous types de correction)	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.

Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture)

Classe B - Tarifs libres

Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins

- Equipement à verres simples	60% B.R.	270 € moins 60% B.R.	270 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres simples après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	320 € moins 60% B.R.	320 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes	60% B.R.	450 € moins 60% B.R.	450 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	500 € moins 60% B.R.	500 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres très complexes	60% B.R.	550 € moins 60% B.R.	550 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verre très complexes après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	600 € moins 60% B.R.	600 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture

Enfants de moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins

- Equipement à verres simples	60% B.R.	160 € moins 60% B.R.	160 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes	60% B.R.	260 € moins 60% B.R.	260 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture

Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription

	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
--	----------	----------	------------------	--

Lentilles

- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R. + 250 €	100% B.R. + 250 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques Sur prescription médicale Y compris produits d'entretien
- Forfait lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	250 €		

Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO

- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	Néant	350 €	350 €	Forfait par année civile, par bénéficiaire et par œil
---	-------	-------	--------------	---

AIDES AUDITIVES

Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date

Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement)

Classe I - Soumis à des prix limités de vente

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.

- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Appareillage auditif.
-------------------	----------	----------------------------	--------------------	-----------------------

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
AIDES AUDITIVES				
Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 300 €	100% B.R. + 300 €	Appareillage auditif. Forfait par aides auditives et par bénéficiaire. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. + 700 €	100% B.R. + 700 €	Appareillage auditif. Forfait par aide auditive et par bénéficiaire Age apprécié à la date des soins. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% B.R.	40% B.R. + 50 €	100% B.R. + 50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Tous les actes de préventions pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.				

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- 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).
- 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.

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE (AMO) DANS
LE PARCOURS DE SOINS

ASSURANCE MALADIE
COMPLÉMENTAIRE (AMC)

TOTAL

PRÉCISIONS

HOSPITALISATION

Honoraires, actes et soins

- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	245% B.R.	325% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	120% B.R.	200% B.R.	

Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
---------------------------------	-------	-------------	--------------------	--

Séjours

- Frais de séjour secteurs conventionnés	80% B.R.	220 % B.R.	300 % B.R.	
- Frais de séjour secteurs non conventionnés	80% B.R.	20 % B.R.	100 % B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Illimité dans les établissements de santé
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée en Chirurgie, Maternité et Médecine.	Néant	90 €	90 €	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.
- Chambre particulière avec nuitée en Psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (Convalescence, Rééducation...)	Néant	80 €	80 €	Durée illimitée en Chirurgie, Maternité et Médecine. Durée limitée à 30 jours en Psychiatrie et Soins de suite et de réadaptation (Convalescence, Rééducation...)
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	Néant	90 €	90 €	Hors box d'hospitalisation
- Frais d'accompagnement pour les bénéficiaires hospitalisés de moins de plus de 75 ans (Age apprécié à la date des soins)	Néant	30 € / jour	30 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Valable pour les hospitalisations en médecine et chirurgie. Limité à 10 jours par année civile.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux

Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes

- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	240% B.R.	310% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	

Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	250% B.R. ou 240% B.R.	310% B.R.	
---------------------	-------------------------	---------------------------	------------------	--

Honoraires paramédicaux

- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% B.R.	190% B.R.	250% B.R.	
--	----------	-----------	------------------	--

Analyses et examens de laboratoire	60% B.R.	140% B.R.	200% B.R.	
---	----------	-----------	------------------	--

Actes d'imagerie

- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	240% B.R.	310% B.R.	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	

Actes techniques médicaux et de chirurgie

- Médecins signataires D.P.T.M. en secteur conventionné	70% B.R.	240% B.R.	310% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M. en secteur conventionné	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	
- Médecins en secteur non conventionné	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.

Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
---------------------------------	-------	-------------	--------------------	--

Médicaments

- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	

Matériel médical

- Petit Appareillage : Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	160% B.R.	220% B.R.	Limité à un plafond de 2000 € par année civile et par bénéficiaire
- Grand appareillage	100% B.R.	120% B.R.	220% B.R.	
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	120% B.R.	220% B.R.	

Transports

- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
--	----------	----------	------------------	--

Cures thermales

- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : Forfait thermal et honoraires de surveillance remboursés par l'AMO	65% B.R.	35% B.R. + 250 €	100% B.R. + 250€	Forfait par année civile et par bénéficiaire
---	----------	------------------	-------------------------	--

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
DENTAIRE				
Plafond global de remboursement à 1750€ par année civile et par bénéficiaire pour les actes dentaires désignés ci-dessous et hors ticket modérateur de 55% B.R. sur les prothèses dentaires remboursées par l'A.M.O.				
- Soins, actes et consultations	70% B.R.	180 % B.R.	250% B.R.	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	280% B.R. ou 250% B.R.	350% B.R.	
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériel utilisé. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	Frais Réels	
Prothèses hors 100 % santé Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériel utilisé				
Panier à honoraires maîtrisés				
- Inlays onlays	70% B.R.	205% B.R.	275% B.R.	Actes soumis à des honoraires limités de facturation et au plafond global de remboursement
- Prothèses dentaires	70% B.R.	205% B.R.	275% B.R.	Actes soumis à des honoraires limités de facturation et au plafond global de remboursement
Panier à honoraires libres				
- Inlays onlays	70% B.R.	205% B.R.	275% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement
- Prothèses dentaires	70% B.R.	205% B.R.	275% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement
Actes non remboursés par l'A.M.O.				
- Parodontologie et implantologie	Néant	325 €	325 €	Forfait par acte, limité à 3 actes par année civile et soumis au plafond global de remboursement
- Prothèses	Néant	200 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire et soumis au plafond global de remboursement
- Orthodontie	Néant	200 €	200 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire et soumis au plafond global de remboursement
AUTRES PRESTATIONS- pack « BIEN ETRE » Dans la limite de 150 € par année civile et par bénéficiaire				
- Acupuncteurs, chiropracteurs, étioopathes, luminothérapie, micro-kinésithérapeutes, phytothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, reflexologues, sophrologues	Néant	15 €	15 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 4 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Diététiciens	Néant	30 €	30 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 5 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Pédicures-podologues	Néant	30 €	30 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Ostéopathes	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 2 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Dermatologues prescrits non remboursés par l'A.M.O.	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire, Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Bilan nutritionnel	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 1 séance par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Arrêt du tabac prescrit remboursé par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R. + 75 €	100% B.R. + 75 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Traitements délivrés en pharmacie remboursés ou non par l'A.M.O. et acupuncteurs (praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL). Remboursement effectué sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale. Cigarette électronique exclue.
- Arrêt du tabac prescrit non remboursé par l'A.M.O.	Néant	75 €	75 €	
- Contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O. : spermicides, contraception d'urgence, préservatifs masculins ou féminins, test de grossesse non remboursé	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'A.M.O.	Néant	7 €	7 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Autres vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O. (uniquement injections)	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O.	Néant	40 €	40 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Forfait diagnostic et surveillance : cancer du col de l'utérus (papillomavirus), infections urinaires, cancer du côlon, polyarthrite rhumatoïde, bilan allergique	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Examens de biologie médicale prescrits non remboursés par l'A.M.O. et médicaments homéopathiques prescrits.	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Cures de thalassothérapie A partir de 67 ans (Apprécié à la date des soins)	Néant	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire, non cumulable avec la cure thermique
- Patchs anti-douleur : Enfants moins de 16 ans (Apprécié à la date des soins)	Néant	20 €	20 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Prise en charge de club sportif	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Basse vision loupe agrandisseur	Néant	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

PRÉCISIONS

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL
---	--	-------

OPTIQUE

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale).
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.

Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures)

Classe A

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.

- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Verres (tous types de correction)	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.

Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture)

Classe B - Tarifs libres

Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins

- Equipement à verres simples	60% B.R.	320 € moins 60% B.R.	320 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres simples après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	370 € moins 60% B.R.	370 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes	60% B.R.	500€ moins 60% B.R.	500 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	550 € moins 60% B.R.	550 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres très complexes	60% B.R.	600 € moins 60% B.R..	600 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verre très complexes après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	650 € moins 60% B.R.	650 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture

Enfants de moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins

- Equipement à verres simples	60% B.R.	180 € moins 60% B.R.	180 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes	60% B.R.	280 € moins 60% B.R.	280 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture

Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription

	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
--	----------	----------	------------------	--

Lentilles

- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R. + 270 €	100% B.R. + 270 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques Sur prescription médicale Y compris produits d'entretien
- Forfait lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	270 €		

Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO

- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	Néant	400 €	400 €	Forfait par année civile, par bénéficiaire et par œil
---	-------	-------	--------------	---

AIDES AUDITIVES

Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date

Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement)

Classe I - Soumis à des prix limites de vente

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.

- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Appareillage auditif.
-------------------	----------	----------------------------	--------------------	-----------------------

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE (AMO) DANS
LE PARCOURS DE SOINS

ASSURANCE MALADIE
COMPLÉMENTAIRE (AMC)

TOTAL

PRÉCISIONS

AIDES AUDITIVES

Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres

PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	PRÉCISIONS
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 300 €	100% B.R. + 300 €	Appareillage auditif. Forfait par aides auditives et par bénéficiaire. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. + 800 €	100% B.R. + 800 €	Appareillage auditif. Forfait par aide auditive et par bénéficiaire Age apprécié à la date des soins. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% B.R.	40% B.R. + 50 €	100% B.R. + 50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire

Tous les actes de préventions pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- 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).
- 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.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	270% B.R.	350% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	120% B.R.	200% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours				
- Frais de séjour en secteur conventionné	80% B.R.	270% B.R.	350% B.R.	
- Frais de séjour en secteur non conventionné	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Illimité dans les établissements de santé
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée en Chirurgie, Maternité, Médecine, Psychiatrie et Soins de suite et de réadaptation (Convalescence, Rééducation...)	Néant	100 €	100 €	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Chirurgie, Maternité et Médecine. Durée limitée à 30 jours en Psychiatrie et Soins de suite et de réadaptation (Convalescence, Rééducation...)
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie				Hors box d'hospitalisation
- Frais d'accompagnement pour les bénéficiaires hospitalisés de moins de plus de 75 ans (Age apprécié à la date des soins)	Néant	30 € / jour	30 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Valable pour les hospitalisations en médecine et chirurgie. Limité à 10 jours par année civile.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	280% B.R.	350% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	
Sages-femmes	60%B.R. ou 70% B.R.	290% B.R. ou 280% B.R.	350% B.R.	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% B.R.	220% B.R.	280% B.R.	
Analyses et examens de laboratoire	60% B.R.	140% B.R.	200% B.R.	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	280% B.R.	350% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires D.P.T.M. en secteur conventionné	70% B.R.	280% B.R.	350% B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M. en secteur conventionné	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins en secteur non conventionné	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	Dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	
Matériel médical				
- Petit appareillage : accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	180% B.R.	240% B.R.	
- Grand appareillage	100% B.R.	140% B.R.	240% B.R.	Limité à un plafond de 2000 € par année civile et par bénéficiaire
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100%B.R.	140%B.R.	240%B.R.	
Transports				
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
Cures thermales				
- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : Forfait thermal et honoraires de surveillance remboursés par l'AMO	65% B.R.	35% B.R. + 300 €	100% B.R. + 300€	Forfait par année civile et par bénéficiaire

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
DENTAIRE				
Plafond global de remboursement de 2 000 € par année civile et par bénéficiaire pour les actes dentaires désignés ci-dessous. Au-delà prise en charges du ticket modérateur de 55% B.R. sur les prothèses dentaires remboursées par l'A.M.O.				
- Soins, actes et consultations	70% B.R.	180% B.R.	250% B.R.	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	330% B.R. ou 300% B.R.	400% B.R.	
Soins et prothèses 100 % santé (tels que définis réglementairement) Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.				
- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	Frais Réels	
Prothèses hors 100 % santé Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				
Panier à honoraires maîtrisés				
- Inlays onlays	70% B.R.	230% B.R.	300% B.R.	Actes soumis à des honoraires limites de facturation et au plafond global de remboursement
- Prothèses dentaires	70% B.R.	230% B.R.	300% B.R.	Actes soumis à des honoraires limites de facturation et au plafond global de remboursement
Panier à honoraires libres				
- Inlays onlays	70% B.R.	230% B.R.	300% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement
- Prothèses dentaires	70% B.R.	230% B.R.	300% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement
Actes non remboursés par l'A.M.O.				
- Parodontologie et implantologie	Néant	350 €	350 €	Forfait par acte, limité à 3 actes par année civile et soumis au plafond global de remboursement
- Prothèses	Néant	250 €	250 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire et soumis au plafond global de remboursement
- Orthodontie	Néant	250 €	250 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire et soumis au plafond global de remboursement
AUTRES PRESTATIONS- pack « BIEN ETRE » Dans la limite de 150 € par année civile et par bénéficiaire				
- Acupuncteurs, chiropracteurs, étioopathes, luminothérapie, micro-kinésithérapeutes, phytothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, reflexologues, sophrologues	Néant	15 €	15 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 4 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Diététiciens	Néant	30 €	30 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 5 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Pédicures-podologues	Néant	30 €	30 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Ostéopathes	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 2 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Dermatologues prescrits non remboursés par l'A.M.O.	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire, Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL
- Bilan nutritionnel	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 1 séance par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
- Arrêt du tabac prescrit remboursé par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R. + 75 €	100% B.R. + 75 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Traitements délivrés en pharmacie remboursés ou non par l'A.M.O. et acupuncteurs (praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL). Remboursement effectué sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale. Cigarette électronique exclue.
- Arrêt du tabac prescrit non remboursé par l'A.M.O.	Néant	75 €	75 €	
- Contraceptifs prescrits non remboursés par l'A.M.O. : spermicides, contraception d'urgence, préservatifs masculins ou féminins, test de grossesse non remboursé	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'A.M.O.	Néant	7 €	7 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Autres vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O. (uniquement injections)	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Ostéodensitométrie non remboursée par l'A.M.O.	Néant	40 €	40 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Forfait diagnostic et surveillance : cancer du col de l'utérus (papillomavirus), infections urinaires, cancer du côlon, polyarthrite rhumatoïde, bilan allergique	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Examens de biologie médicale prescrits non remboursés par l'A.M.O. et médicaments homéopathiques prescrits.	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Cures de thalassothérapie A partir de 67 ans (Apprécié à la date des soins)	Néant	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire, non cumulable avec la cure thermique
- Patchs anti-douleur : Enfants moins de 16 ans (Apprécié à la date des soins)	Néant	20 €	20 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire
- Prise en charge de club sportif	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Basse vision loupe agrandisseur	Néant	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

PRÉCISIONS

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL
---	--	-------

OPTIQUE

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale).
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.

Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures)

Classe A

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.

- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Verres (tous types de correction)	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.

Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture)

Classe B - Tarifs libres

Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins

- Equipement à verres simples	60% B.R.	370 € moins 60% B.R.	370 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres simples après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	420 € moins 60% B.R.	420 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes	60% B.R.	550€ moins 60% B.R.	550 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	600 € moins 60% B.R.	600 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres très complexes	60% B.R.	650 € moins 60% B.R..	650 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verre très complexes après 24 mois d'affiliation	60% B.R.	700 € moins 60% B.R.	700 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture

Enfants de moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins

- Equipement à verres simples	60% B.R.	200 € moins 60% B.R.	200 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Limite de 100 € pour la monture
- Equipement à verres complexes	60% B.R.	300 € moins 60% B.R.	300 €	Forfait par équipement et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur. Limite de 100 € pour la monture

Autres prestations sur verres et monture :
filtres, prismes et adaptation de la prescription

	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
--	----------	----------	------------------	--

Lentilles

- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R. + 290 €	100% B.R. + 290 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques Sur prescription médicale Y compris produits d'entretien
- Forfait lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	290 €		

Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO

- Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	Néant	450 €	450 €	Forfait par année civile, par bénéficiaire et par œil
---	-------	-------	--------------	---

AIDES AUDITIVES

Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date

Équipements 100 % santé (tels que définis réglementairement)

Classe I - Soumis à des prix limites de vente

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.

- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	Appareillage auditif.
-------------------	----------	----------------------------	--------------------	-----------------------

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

PRÉCISIONS

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL
---	--	-------

AIDES AUDITIVES

Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres

- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 300 €	100% B.R. + 300 €	Appareillage auditif. Forfait par aides auditives et par bénéficiaire. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. + 1000 €	100% B.R. + 1000 €	Appareillage auditif. Forfait par aide auditive et par bénéficiaire Age apprécié à la date des soins. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% B.R.	40% B.R. + 50 €	100% B.R. + 50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire

Tous les actes de préventions pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé

D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- 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).
- 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.