

Garantie Base

Contrat responsable et solidaire

	AMO	AMO + remboursements complémentaires* et forfaits MFAS **
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		
• Soins	80%	100%
• Franchise pour actes lourds ≥ à 120 €	—	FRAIS RÉELS
Forfait journalier hospitalier (hors MAS et EHPAD)	—	FRAIS RÉELS
Honoraires		
• Honoraires médicaux et chirurgicaux	80%	100%
Forfait patient urgence	—	FRAIS RÉELS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
• Honoraires généralistes et spécialistes	70%	100%
Honoraires paramédicaux		
• Moyen de contraception (exemple : pilule de dernière génération, préservatifs masculins et féminins)	—	50 €
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
• Service Médical Rendu Important	65%	100%
• Service Médical Rendu Modéré	30%	100%
• Service Médical Rendu Faible	15%	100%
Autres soins courants		
• Radiologie, échographie	70%	100%
• Transports	55% ou 65%	100%
• Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes...)	60%	100%
Matériel médical		
• Appareillage hors audioprothèses (prothèses orthopédiques...)	60%	100%
OPTIQUE		
• Verres et montures RAC ø appelé 100 % santé	60%	Voir Annexe Optique
• Autres prestations optiques (appareillage...)	60%	
DENTAIRE		
• Orthodontie :		
Prise en charge par l'AMO (- de 16 ans)	60 ou 100%	100%
Forfait diagnostic	—	—
Forfait semestriel	—	50 €
• Soins et prothèses RAC ø appelé 100 % santé	60%	Voir Annexe Dentaire
AUDITION		
• Aides Auditives RAC ø appelé 100 % santé	60%	Voir Annexe Audition
• Piles	60%	100%
CURES		
• Soins forfaits thermaux	65%	65%
• Honoraires de surveillance	70%	70%
LES +		
Prévention		
• Toutes les actions de prévention prévues par l'art. R871-2 du code de la Sécurité Sociale	65%	100%
• Magazine VIVA	—	Gratuit
• Télé médecine (Medaviz)	—	Gratuit

* En application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux art. L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du même code. Les dépassements d'honoraires facturés hors parcours de soins ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) de votre caisse d'assurance maladie (AMO), dans la limite des dépenses engagées.

** Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire. Garantie en vigueur au 01.01.2024

Garantie Base

Annexe Optique - Base

Équipement	CLASSE A	CLASSE B
	RAC ø appelé 100 % SANTÉ *	PRIX DE VENTE LIBRE **
CATÉGORIE A Équipement composé de 2 verres « simples » verres simple foyer avec : • Sphère comprise entre - 6 et + 6 et cylindre =< 4	FRAIS RÉELS	100 €
CATÉGORIE B Équipement mixte composé d'un verre « simple » et d'un verre « complexe » Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie C	FRAIS RÉELS	150 €
CATÉGORIE C Équipement composé de 2 verres « complexes » - verres simple foyer avec : — Sphère > - 6 ou > + 6 ou cylindre > 4 — Verres multifocaux ou verres progressifs	FRAIS RÉELS	200 €
CATÉGORIE D Équipement mixte composé d'un verre « simple » et d'un verre « très complexe » Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	195 €
CATÉGORIE E Équipement mixte composé d'un verre « complexe » et d'un verre « très complexe » Équipement composé d'un verre de catégorie C et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	245 €
CATÉGORIE F • Équipement composé de 2 verres « très complexes » Verres pour adultes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique avec : — sphère hors zone - 8 ou > + 8 • Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec : — sphère hors zone - 4 ou > + 4	FRAIS RÉELS	290 €
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES Adaptation de la correction visuelle effectuée par l'opticien, appairage, verres avec filtre, autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	FRAIS RÉELS	100%

* Le montant de la monture de l'équipement Classe A 100 % SANTÉ ne dépassera pas 30 €.

** Le montant de la prise en charge de la monture de l'équipement Classe B ne dépassera pas 40 €.

Prise en charge limitée à 1 équipement tous les 2 ans. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans inclus, renouvellement possible tous les 6 mois en cas de mauvaise adaptation morphologique de la monture. La période de 1 ou 2 ans commence à la date d'acquisition de l'équipement.

Annexe Dentaire - Base

	PANIER RAC ø appelé 100 % SANTÉ	PANIER A RAC MAÎTRISÉ	PANIER A TARIFS LIBRES
SOINS DENTAIRES	FRAIS RÉELS	100%	100%
PROTHÈSES DENTAIRES	FRAIS RÉELS	125%	125%
	<ul style="list-style-type: none"> • Couronne métallique / Couronne céramique monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1ère prémolaire - Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ère prémolaire • Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie • Bridge céramo-métallique sur incisive • Bridge métallique pour toute dent • Prothèse amovible à plaque base résine • Réparations 	<ul style="list-style-type: none"> • Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2ème prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2ème prémolaire • Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay métallique • Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s) • Prothèse amovible sur châssis métallique • Réparations 	<ul style="list-style-type: none"> • Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée • Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique • Bridge céramo-céramique • Prothèse amovible supra-implantaire • Adjonctions • Implants

Annexe Audition - Base

	CLASSE I RAC ø appelé 100 % SANTÉ *	CLASSE II Tarif libre **
ÉQUIPEMENT AUDITIF	FRAIS RÉELS	100%

* Équipement renouvelable tous les 4 ans.

Tous les types : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire avec, a minima, 12 canaux de réglage.

** Dans la limite de 1 700 € de remboursement par oreille, remboursement de l'Assurance maladie obligatoire compris.

Garantie Base

Hospitalisation	Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la MFAS (20% BR)	Reste à charge
Base de Remboursement (BR**) de la sécurité sociale : selon l'établissement, 900€ par jour dans l'exemple. Frais de séjour : 900 €	720,00 €	180,00 €	0,00 €
Forfait journalier illimité hors MAS et EHPAD			

Soins courants	Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires. BR : 25 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires. BR : 30 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTM*) BR : 30 € Prix moyen national de l'acte : 44 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €
Consultation d'un spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTM) BR : 23 € - Prix moyen national de l'acte : 56 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €

Optique	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
Monture + Verres simples			
Équipement optique de classe A - RAC 0 appelé 100 % SANTÉ - PLV : 125 € (monture + verres) Le montant de remboursement de la monture ne dépassera pas 30 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B - Catégorie A : 2 verres simples - Honoraires libre - Prix moyen national : 345 € (monture + verres) Le montant de remboursement de la monture ne dépassera pas 80 €	0,09 €	105,00 €	239,91 €

Dentaire	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
Détartrage - BR : 28,92 €	17,35 €	11,56 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires - RAC 0 appelé 100% santé - BR 120 € - PLV : 500 €	72,00 €	78,00 €	350,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires RAC 0 maîtrisé BR 120 € - Prix moyen national de l'acte : 538,70 €	72,00 €	78,00 €	388,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires - Honoraires libres BR 107,50€ - Prix moyen national de l'acte : 538,70 €	64,50 €	69,87 €	404,33 €

Aides Auditives	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
Aide auditive de classe I - RAC 0 appelé 100% santé BR : 400 € par oreille pour >20 ans - PLV : 950 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II - Honoraires libres - BR : 400 € par oreille pour >20 ans. Prix moyen national de l'acte : 1476 €	240,00 €	160,00 €	1 076,00 €

Contrat responsable et solidaire

	AMO	AMO + remboursements complémentaires * et forfaits MFAS **
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		
• Soins	80%	100%
• Chambre particulière (hors ambulatoire) : limité à 90 jours dont 30 jours en établissements spécialisés (psychiatrie, SSR...)	—	40€ par jour
• Séjour accompagnant bénéficiaire inscrit au contrat limité à 90 jours hospitalisé en médecine, chirurgie, maternité	—	15€ par jour
• Franchise pour actes lourds ≥ à 120 €	—	FRAIS RÉELS
Forfait journalier hospitalier	—	FRAIS RÉELS
Honoraires		
• Honoraires médicaux et chirurgicaux	80%	100%
Forfait patient urgence	—	FRAIS RÉELS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
• Honoraires médicaux généralistes et spécialistes	70%	100%
Honoraires paramédicaux		
• Moyen de contraception (exemple : pilule de dernière génération, préservatifs masculins et féminins)	—	50 €
• Forfait Bien-Être ¹ : Chiropractie, ostéopathie, acupuncture, étio-pathie, pédicurie, sexologie, sevrage tabagique	—	50 €
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
• Service Médical Rendu Important	65%	100%
• Service Médical Rendu Modéré	30%	100%
• Service Médical Rendu Faible	15%	100%
Autres soins courants		
• Radiologie, échographie	70%	100%
• Tous transports (tiers payant si ambulance ou taxi agréé)	55% ou 65%	100%
• Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes...)	60%	100%
Matériel médical		
• Appareillage hors audioprothèses (prothèses orthopédiques)	60%	100%
Forfait petit appareillage pris en charge par l'AMO (exemple : semelles orthopédiques, béquilles...)	—	40 €
Forfait grand appareillage pris en charge par l'AMO (exemple : lit médicalisé, fauteuil roulant...)	—	100 €
OPTIQUE		
• Lentilles	60%	100% + 100€
• Opération de la vue pour les 2 yeux	—	150 €
• Verres et montures RAC ø appelé 100 % santé	60%	Voir Annexe Optique
• Autres prestations optiques (appairage...)	60%	
DENTAIRE		
• Orthodontie :		
Prise en charge par l'AMO (- de 16 ans)	60 ou 100%	100%
Forfait diagnostic	—	50 €
Forfait semestriel	—	150 €
Non prise en charge par l'AMO	—	50 €
• Prothèse non prise en charge par l'AMO, parodontie, implantologie	—	50 €
• Soins et prothèses RAC ø appelé 100 % santé	60%	Voir Annexe Dentaire
AUDITION		
• Aides Auditives RAC ø appelé 100 % santé	60%	Voir Annexe Audition
• Piles	60%	100%
CURES		
• Soins forfaits thermaux	65%	100%
• Honoraires de surveillance	70%	100%
LES +		
Prévention		
• Toutes les actions de prévention prévues par l'art. R871-2 du code de la Sécurité Sociale	65%	100%
• Forfait vaccination rotavirus	—	50 €
• Forfait vaccination anti HPV	—	50 €
• Magazine VIVA	—	Gratuit
• Télé-médecine (Medaviz)	—	Gratuit

¹ - Sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADELI ou RPPS

* En application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux art. L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code. Les dépassements d'honoraires facturés hors parcours de soins ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) de votre caisse d'assurance maladie (AMO), dans la limite des dépenses engagées.
** Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire. Garantie en vigueur au 01.01.2024

Garantie Option 1

Annexe Optique - Option 1

Équipement	CLASSE A	CLASSE B
	RAC ø appelé 100 % SANTÉ *	PRIX DE VENTE LIBRE **
CATÉGORIE A Équipement composé de 2 verres « simples » verres simple foyer avec : • Sphère comprise entre - 6 et + 6 et cylindre =< 4	FRAIS RÉELS	150 €
CATÉGORIE B Équipement mixte composé d'un verre « simple » et d'un verre « complexe » Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie C	FRAIS RÉELS	175 €
CATÉGORIE C Équipement composé de 2 verres « complexes » - verres simple foyer avec : — Sphère > - 6 ou > + 6 ou cylindre > 4 — Verres multifocaux ou verres progressifs	FRAIS RÉELS	200 €
CATÉGORIE D Équipement mixte composé d'un verre « simple » et d'un verre « très complexe » Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	225 €
CATÉGORIE E Équipement mixte composé d'un verre « complexe » et d'un verre « très complexe » Équipement composé d'un verre de catégorie C et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	250 €
CATÉGORIE F • Équipement composé de 2 verres « très complexes » Verres pour adultes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique avec : — sphère hors zone - 8 ou > + 8 • Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec : — sphère hors zone - 4 ou > + 4	FRAIS RÉELS	300 €
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES Adaptation de la correction visuelle effectuée par l'opticien, appairage, verres avec filtre, autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	FRAIS RÉELS	100%

* Le montant de la monture de l'équipement Classe A 100 % SANTÉ ne dépassera pas 30 €.

** Le montant de la prise en charge de la monture de l'équipement Classe B ne dépassera pas 50 €.

Prise en charge limitée à 1 équipement tous les 2 ans. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans inclus, renouvellement possible tous les 6 mois en cas de mauvaise adaptation morphologique de la monture. La période de 1 ou 2 ans commence à la date d'acquisition de l'équipement.

Annexe Dentaire - Option 1

	PANIER RAC ø appelé 100 % SANTÉ	PANIER A RAC MAÎTRISÉ *	PANIER A TARIFS LIBRES *
SOINS DENTAIRES	FRAIS RÉELS	100%	100%
PROTHÈSES DENTAIRES	FRAIS RÉELS	150%	150%
* Limité à 2000 € par an et par personne	<ul style="list-style-type: none"> Couronne métallique / Couronne céramique monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1ère prémolaire - Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ère prémolaire Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Bridge céramo-métallique sur incisive Bridge métallique pour toute dent Prothèse amovible à plaque base résine Réparations 	<ul style="list-style-type: none"> Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2ème prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2ème prémolaire Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay métallique Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s) Prothèse amovible sur châssis métallique Réparations 	<ul style="list-style-type: none"> Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique Bridge céramo-céramique Prothèse amovible supra-implantaire Adjonctions Implants

Annexe Audition - Option 1

	CLASSE I RAC ø appelé 100 % SANTÉ *	CLASSE II Tarif libre **
ÉQUIPEMENT AUDITIF	FRAIS RÉELS	100% + 100€

* Équipement renouvelable tous les 4 ans.

Tous les types : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire avec, a minima, 12 canaux de réglage.

** Dans la limite de 1 700 € de remboursement par oreille, remboursement de l'Assurance maladie obligatoire compris.

Garantie Option 1

Hospitalisation	Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la MFAS (20% BR)	Reste à charge
Base de Remboursement (BR**) de la sécurité sociale : selon l'établissement, 900€ par jour dans l'exemple. Frais de séjour : 900 €	720,00 €	180,00 €	0,00 €
Forfait journalier illimité hors MAS et EHPAD			

Soins courants	Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires. BR : 25 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires. BR : 30 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTM*) BR : 30 € Prix moyen national de l'acte : 44 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €
Consultation d'un spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTM) BR : 23 € - Prix moyen national de l'acte : 56 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €

Optique	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
	Monture + Verres simples		
Équipement optique de classe A - RAC 0 appelé 100 % SANTÉ - PLV : 125 € (monture + verres) Le montant de remboursement de la monture ne dépassera pas 30 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B - Catégorie A : 2 verres simples - Honoraires libre - Prix moyen national : 345 € (monture + verres) Le montant de remboursement de la monture ne dépassera pas 80 €	0,09 €	105,00 €	239,91 €

Dentaire	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
Détartrage - BR : 28,92 €	17,35 €	11,56 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires - RAC 0 appelé 100% santé - BR 120 € - PLV : 500 €	72,00 €	108,00 €	320,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires RAC 0 maîtrisé BR 120 € - Prix moyen national de l'acte : 538,70 €	72,00 €	108,00 €	358,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires - Honoraires libres BR 107,50€ - Prix moyen national de l'acte : 538,70 €	64,50 €	96,75 €	377,45 €

Aides Auditives	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
Aide auditive de classe I - RAC 0 appelé 100% santé BR : 400 € par oreille pour >20 ans - PLV : 950 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II - Honoraires libres - BR : 400 € par oreille pour >20 ans. Prix moyen national de l'acte : 1476 €	240,00 €	160,00 €	1 076,00 €

Garantie Option 2

Contrat responsable et solidaire

	AMO	AMO + remboursements complémentaires* et forfaits MFAS **
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		
• Soins	80%	150%
• Chambre particulière (hors ambulatoire) : limité à 90 jours dont 30 jours en établissements spécialisés (psychiatrie, SSR...)	—	60€ par jour
• Séjour accompagnant bénéficiaire inscrit au contrat limité à 90 jours hospitalisé en médecine, chirurgie, maternité	—	25€ par jour
• Franchise pour actes lourds ≥ à 120 €	—	FRAIS RÉELS
Forfait journalier hospitalier (hors MAS et EHPAD)	—	FRAIS RÉELS
Honoraires		
• Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins ayant signé le DPTM ¹	80%	150%
• Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTM	80%	130%
• Soins externes hôpitaux et cliniques	70%	250%
Forfait patient urgence	—	FRAIS RÉELS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
• Honoraires généralistes et spécialistes ayant signé le DPTM	70%	150%
• Honoraires généralistes et spécialistes n'ayant pas signé le DPTM	70%	130%
Honoraires paramédicaux		
• Ostéodensitométrie	—	50 €
• Moyen de contraception (exemple : pilule de dernière génération, préservatifs masculins et féminins)	—	100 €
• Forfait Bien-Être ² : Chiropractie, ostéopathie, acupuncture, étiothérapie, pédicurie, sexologie, sevrage tabagique	—	100 €
Analyses et examens de laboratoire		
• Pris en charge par l'AMO	60%	140%
• Non pris en charge par l'AMO	—	40 €
Médicaments		
• Service Médical Rendu Important, Modéré, Faible	65, 30, 15%	100%
Autres soins courants		
• Radiologie, échographie, médecins ayant signé le DPTM	70%	150%
• Radiologie, échographie, médecins n'ayant pas signé le DPTM	70%	130%
• Transports	55% ou 65%	100%
• Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes...)	60%	150%
Matériel médical		
• Appareillage hors audioprothèses (prothèses orthopédiques)	60% ou 100%	100%
Forfait petit appareillage pris en charge par l'AMO (exemple : semelles orthopédiques, béquilles...)	—	60 €
Forfait grand appareillage pris en charge par l'AMO (exemple : lit médicalisé, fauteuil roulant...)	—	200 €
OPTIQUE		
• Lentilles	60%	100% + 200€
• Opération de la vue pour les 2 yeux	—	200 €
• Verres et montures RAC ø appelé 100 % santé	60%	Voir Annexe Optique
• Autres prestations optiques (appareillage...)	60%	
DENTAIRE		
• Orthodontie :		
Prise en charge par l'AMO (- de 16 ans)	60 ou 100%	100%
Forfait diagnostic	—	70 €
Forfait semestriel	—	300 €
Non prise en charge par l'AMO	—	100 €
• Prothèse non prise en charge par l'AMO, parodontie, implantologie	—	150 €
• Soins et prothèses RAC ø appelé 100 % santé	60%	Voir Annexe Dentaire
AUDITION		
• Aides Auditives RAC ø appelé 100 % santé	60%	Voir Annexe Audition
• Piles	60%	100%
CURES		
• Soins forfaits thermaux et honoraires de surveillance	65%	100%
• Forfait cure si hébergement et cure acceptée par l'AMO	—	100 €
LES +		
Prévention		
• Toutes les actions de prévention prévues par l'art. R871-2 du code de la Sécurité Sociale	65%	100%
• Vaccination antidiptérique, antitétanique, antipoliomyélique	65 ou 70%	100%
• Vaccin anti-grippe	—	FRAIS RÉELS
• Dépistage Hépatite B	60%	100%
• Forfait vaccination rotavirus	—	100 €
• Forfait vaccination anti HPV	—	100 €
• Magazine VIVA	—	Gratuit
• Télé médecine (Medaviz)	—	Gratuit
Allocations		
• Fécondation in vitro ou amniocentèse non remboursée par l'AMO	—	100 €

¹ - DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO)

* En application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux art. L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du même code. Les dépassements d'honoraires facturés hors parcours de soins ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) de votre caisse d'assurance maladie (AMO), dans la limite des dépenses engagées.

** Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire. Garantie en vigueur au 01.01.2024

² - Sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADELI ou RPPS

Garantie Option 2

Annexe Optique - Option 2

Équipement	CLASSE A	CLASSE B
	RAC ø appelé 100 % SANTÉ *	PRIX DE VENTE LIBRE **
CATÉGORIE A Équipement composé de 2 verres « simples » verres simple foyer avec : • Sphère comprise entre - 6 et + 6 et cylindre =< 4	FRAIS RÉELS	230 €
CATÉGORIE B Équipement mixte composé d'un verre « simple » et d'un verre « complexe » Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie C	FRAIS RÉELS	260 €
CATÉGORIE C Équipement composé de 2 verres « complexes » - verres simple foyer avec : — Sphère > - 6 ou > + 6 ou cylindre > 4 — Verres multifocaux ou verres progressifs	FRAIS RÉELS	290 €
CATÉGORIE D Équipement mixte composé d'un verre « simple » et d'un verre « très complexe » Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	310 €
CATÉGORIE E Équipement mixte composé d'un verre « complexe » et d'un verre « très complexe » Équipement composé d'un verre de catégorie C et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	340 €
CATÉGORIE F • Équipement composé de 2 verres « très complexes » Verres pour adultes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique avec : — sphère hors zone - 8 ou > + 8 • Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec : — sphère hors zone - 4 ou > + 4	FRAIS RÉELS	390 €
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES Adaptation de la correction visuelle effectuée par l'opticien, appairage, verres avec filtre, autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	FRAIS RÉELS	100%

* Le montant de la monture de l'équipement Classe A 100 % SANTÉ ne dépassera pas 30 €.

** Le montant de la prise en charge de la monture de l'équipement Classe B ne dépassera pas 90 €.

Prise en charge limitée à 1 équipement tous les 2 ans. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans inclus, renouvellement possible tous les 6 mois en cas de mauvaise adaptation morphologique de la monture. La période de 1 ou 2 ans commence à la date d'acquisition de l'équipement.

Annexe Dentaire - Option 2

	PANIER RAC ø appelé 100 % SANTÉ	PANIER A RAC MAÎTRISÉ *	PANIER A TARIFS LIBRES *
SOINS DENTAIRES	FRAIS RÉELS	150%	150%
PROTHÈSES DENTAIRES	FRAIS RÉELS	250%	250%
* Limité à 2000 € par an et par personne	<ul style="list-style-type: none"> Couronne métallique / Couronne céramique monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1ère prémolaire - Couronne céramo-métallique sur incisive, canine et 1ère prémolaire Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Bridge céramo-métallique sur incisive Prothèse amovible à plaque base résine Réparations 	<ul style="list-style-type: none"> Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2ème prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2ème prémolaire Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay métallique Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s) Prothèse amovible sur châssis métallique Réparations 	<ul style="list-style-type: none"> Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique Bridge céramo-céramique Prothèse amovible supra-implantaire Adjonctions Implants

Annexe Audition - Option 2

	CLASSE I RAC ø appelé 100 % SANTÉ *	CLASSE II Tarif libre **
ÉQUIPEMENT AUDITIF	FRAIS RÉELS	100% + 200€

* Équipement renouvelable tous les 4 ans.

Tous les types : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire avec, a minima, 12 canaux de réglage.

** Dans la limite de 1 700 € de remboursement par oreille, remboursement de l'Assurance maladie obligatoire compris.

Garantie Option 2

Hospitalisation	Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la MFAS (20% BR)	Reste à charge
Base de Remboursement (BR**) de la sécurité sociale : selon l'établissement, 900€ par jour dans l'exemple. Frais de séjour : 900 €	720,00 €	180,00 €	0,00 €
Forfait journalier illimité hors MAS et EHPAD			

Soins courants	Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires. BR : 25 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires. BR : 30 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent au DPTM*) BR : 30 € Prix moyen national de l'acte : 44 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €
Consultation d'un spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent au DPTM) BR : 23 € - Prix moyen national de l'acte : 56 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €

Optique	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
Monture + Verres simples			
Équipement optique de classe A - RAC 0 appelé 100% SANTÉ - PLV : 125 € (monture + verres) Le montant de remboursement de la monture ne dépassera pas 30 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Équipement optique de classe B - Catégorie A : 2 verres simples - Honoraires libre - Prix moyen national : 345 € (monture + verres) Le montant de remboursement de la monture ne dépassera pas 80 €	0,09 €	105,00 €	239,91 €

Dentaire	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
Détartrage - BR : 28,92 €	17,35 €	11,56 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires - RAC 0 appelé 100% santé - BR 120 € - PLV : 500 €	72,00 €	228,00 €	200,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires RAC 0 maîtrisé BR 120 € - Prix moyen national de l'acte : 538,70 €	72,00 €	228,00 €	238,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires - Honoraires libres BR 107,50€ - Prix moyen national de l'acte : 538,70 €	64,50 €	204,25 €	269,95 €

Aides Auditives	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la MFAS	Reste à charge
Aide auditive de classe I - RAC 0 appelé 100% santé BR : 400 € par oreille pour >20 ans - PLV : 950 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II - Honoraires libres - BR : 400 € par oreille pour >20 ans. Prix moyen national de l'acte : 1476 €	240,00 €	160,00 €	1 076,00 €

Garantie Communale De L'Argentière - La - Bessée

- Adhésion facultative
- Gratuité à partir du 3^{ème} enfant

Tarifs TTC/mois et par bénéficiaire	Base	Option 1	Option 2
Enfant	18,61 €	22,97 €	31,39 €
Moins de 30ans	30,64 €	41,22 €	60,00 €
De 30 à 39ans	33,19 €	44,58 €	64,96 €
De 40 à 59ans	40,40 €	54,29 €	79,05 €
De 60 à 69ans	48,69 €	65,43 €	95,30 €
70ans et plus	55,99 €	75,25 €	109,58 €

Ratio Prestations/Cotisations : 84,75 %
Frais de Gestion : 20,23 %

• « Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

• « Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

• « Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.»