

GARANTIES	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
HOSPITALISATION EN ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS - FORFAIT ACTES LOURDS PRIS EN CHARGE					
<i>Hospitalisation médicale, chirurgicale, maternité et établissements spécialisés (1)</i>					
Honoraires conventionnés si praticiens adhérents à l'OPTAM ou	100 %	120 %	130 %	150 %	200 %
Honoraires conventionnés si praticiens non adhérents à l'OPTAM ou	100 %	100 %	110 %	130 %	180 %
Forfait journalier + Forfait Patient Unique (selon tarif en vigueur)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	130 %	180 %
Frais de transport remboursés par le RO (2)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (limité à 90 jours par an dont 30 jours en hospitalisation en établissement de convalescence, maison d'enfant à caractère sanitaire, de repos, de diététique et psychiatrique, centre agréé de rééducation fonctionnelle et de soins de suite)	25 € / jour	-	20 € / jour	35 € / jour	50 € / jour
Frais de télévision - limités à 90 jours par an	5 € / jour	-	5 € / jour	5 € / jour	5 € / jour
Frais accompagnant (3) - limités à 30 jours par an	10 € / jour	-	15 € / jour	20 € / jour	25 € / jour
SOINS COURANTS					
<i>Visites et Consultations généralistes et spécialistes, échographies, actes techniques d'imageries et actes techniques médicaux</i>					
si praticiens conventionnés adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM CO*	-	100 %	130 %	150 %	200 %
si praticiens conventionnés non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM CO*	-	100 %	110 %	130 %	180 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	120 %	130 %	180 %
Analyses médicales	100 %	100 %	120 %	130 %	180 %
Pharmacie	-	100 %	100 %	100 %	100 %
Accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires remboursés par le RO (2)	-	-	150 %	200 %	300 %
OPTIQUE (4)					
Équipements éligibles au 100% Santé (5)	Non applicable	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipement 2 verres simples	-	100 €	125 €	150 €	200 €
Équipement 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe	-	150 €	200 €	250 €	300 €
Équipement 2 verres complexes ou très complexes	-	200 €	275 €	300 €	400 €
Dont forfait maximum pour la monture	-	50 €	80 €	100 €	100 €
Lentilles remboursées ou non par le RO (2) (6) (7)	-	-	TM + 100 €	TM + 150 €	TM + 200 €
Chirurgie réfractive (7)	-	-	100 €	150 €	200 €
DENTAIRE					
Panier de soins 100% Santé (5)	Non applicable	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Soins et chirurgie dentaires remboursés par le RO (2)	-	125 %	175 %	225 %	275 %
Inlay-Onlay	-	125 %	175 %	225 %	275 %
Prothèses remboursées par le RO (2) (dans la limite de 4 prothèses par année civile et par bénéficiaire. Au-delà, versement à 100 %)	-	125 %	175 %	225 %	275 %
Orthodontie remboursée par le RO (2)	-	125 %	175 %	225 %	275 %
Implants prothèses, parodontie et orthodontie non pris en charge ou refusés par le RO (1) (7)	-	-	-	300 €	400 €
AIDES AUDITIVES					
Panier de soins 100% Santé (5)					
<i>Prise en charge d'un équipement par oreille tous les 4 ans</i>					
Aide auditive de classe I (équipement "100% santé")	Non applicable	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Aide auditive de classe II **	-	100 %	TM + 100 €	TM + 200 €	TM + 300 €
Piles et accessoires	-	100 %	100 %	100 %	100 %
PRÉVENTION					
7 actes de prévention	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
PASS+ EMOA : une couverture complémentaire de vos frais de santé en cas d'accident, en France ou à l'étranger, pour vos voyages, vos activités sportives et de la vie courante	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance à domicile	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

OPTION BIEN ÊTRE ET MÉDECINE DOUCE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Consultation : Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, diététicien, nutritionniste, psychologue, psychothérapeute, sophrologue, podologue, pédicure, psychomotricien, étio-pathe, tabacologue, micro kinésiste et ergothérapeute (limité à 4 par an, praticien diplômé d'état de la discipline)	-	-	20 € / séance	25 € / séance	30 € / séance
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO (2) (7)	-	-	20 €	30 €	40 €
Cure thermique remboursée par le RO (2) (7)	-	-	100 % + 100 €	100 % + 150 €	100 % + 200 €
Auto médication, veinotonique, homéopathie (7)	-	-	20 €	30 €	50 €
Arrêt tabac sur prescription médicale (7)	-	-	-	20 €	20 €
Vaccins non remboursés par le RO (2) (7)	-	-	15 €	20 €	30 €
OPTION FRAIS D'OBSÈQUES	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Frais d'obsèques (indemnitaire**) au choix	300 € ou 500 €				
RENFORT FRAIS D'OBSÈQUES	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Renfort frais d'obsèques (forfaitaire) au choix - possible uniquement en cas de souscription à l'option frais d'obsèques avec comme combinaisons possibles 300 €/1500 € ou 500 €/ 3000 €	1500€ ou 3000€				

*QU'EST-CE QUE L'OPTAM / OPTAM-CO ?

L'Option Pratique Tarifaire Maitrisée et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens. Pour savoir si votre médecin est adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, rendez-vous sur ameli-direct.fr

Les prestations s'entendent en pourcentage des tarifs de convention ou des tarifs de responsabilité ; régime obligatoire compris, dans la limite des frais réels engagés. Les remboursements sont calculés sur la base des taux du régime général pour les soins ne bénéficiant pas de l'exonération du ticket modérateur. Toute exonération de ce dernier entraînera une prise en charge par la mutuelle d'un complément équivalent.

Les forfaits en euros s'entendent en complément des prestations versées par le régime obligatoire le cas échéant. Remboursements au 01/01/2020.

** Indemnités versées dans la limite des frais réels engagés.

(1) L'hospitalisation spécialisée comprend les hospitalisations en établissement de convalescence, maison d'enfant à caractère sanitaire, de repos, de diététique et psychiatrique, centre agréé de rééducation fonctionnelle et de soins de suite

(2) RO : régime obligatoire

(3) Uniquement facture de lit accompagnant et repas servi à l'hôpital ou en clinique

(4) 1 équipement composé de 2 verres + 1 monture tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la vue et enfant de moins de 16 ans

(5) Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débutera progressivement à partir du 1er janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

(6) Hors produits d'entretien, accessoires et lentilles de couleur non correctrices

(7) Par an et par bénéficiaire

BR: Base de Remboursement - base de calcul du remboursement effectué par les organismes d'Assurance Maladie (Sécurité sociale) PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale de l'année en cours

TM : Ticket Modérateur

Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries;

Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs;

Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs dont la sphère dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Taux de rendement

Il s'agit du 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.

Ratio Prestations payées et Provisionnées / Cotisation HT pour l'année 2019 : 85,63%

Taux de frais de gestion

Il s'agit du 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.

Pour l'exercice 2021 :

- Frais d'acquisition des contrats : 10,59%
- Frais de gestion : 9,99%
- Total des frais de gestion en 2021: 20,58%