

PRESTATIONS	REGIME OBLIGATOIRE	OCTET Panier de soins	MÉGA Régime facultatif complémentaire	GIGA Régime facultatif complémentaire	TERA Régime facultatif complémentaire
-------------	--------------------	--------------------------	--	--	--

Pour les garanties MEGA, GIGA et TERA, les % et montants exprimés se substituent à ceux du contrat responsable

Sécurité Sociale Contrat responsable Remboursement MPI

HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie, maison de repos, maternité)

Frais de structure et de soins	80% ou 100%	TM	+20% ou 0%	+20% ou 0%	+20% ou 0%
Honoraires (y compris 18 € sur acte > 120 €) ⁽¹⁾	80% ou 100%	TM	+120% ou 100%	+220% ou 200%	+320% ou +300%
Forfait journalier ⁽²⁾	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽³⁾	-	-	+40 €/jour	+80 €/jour	+100 €/jour
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire	-	-	+40 €/jour	+60 €/jour	+100 €/jour
Frais d'accompagnant enfant de moins de 16 ans	-	-	+30 €/jour	+40 €/jour	+60 €/jour

SOINS COURANTS

Consultation/visite généraliste ⁽¹⁾	70%	+30%	+80%	+180%	+230%
Consultation/visite spécialiste ⁽¹⁾	70%	+30%	+130%	+330%	+530%
Actes de chirurgie, d'anesthésie, actes techniques médicaux, actes d'échographie ⁽¹⁾	70%	+30%	+130%	+230%	+330%
Franchise 18 € pour acte > 120 €	-	OUI	OUI	OUI	OUI
Imagerie diagnostique / Biologie (y compris acte de prévention : dépistage Hépatite B) / Auxiliaires médicaux	60%	+40%	+140%	+240%	+340%
Appareillage	60%	TM+25%	+140%	+340%	+540%
Prothèse auditive remboursée RO	60%	TM+25%	TM+300 €	TM+500 €	TM+800 €
Transport	65%	+35%	+35%	+35%	+35%
Pharmacie (vignettes blanches)	65%	+35%	+35%	+35%	+35%
Pharmacie (vignettes bleues)	30%	-	+70%	+70%	+70%
Pharmacie (vignettes orange)	15%	-	+85%	+85%	+85%

DENTAIRE

Soins dentaires /inlay-onlay (INO)/endodontie/prophylaxie et parodontologie remboursées (y compris acte de prévention : détartrage annuel)	70%	+30%	+130%	+180%	+230%
Parodontologie non remboursée RO	-	-	+200 €/an	+300 €/an	+400 €/an
Prothèse dentaire remboursée, implantologie remboursée et inlay core (ICO)	70%	TM+25%	+130%	+230%	+330%
Prothèse dentaire non remboursée RO ⁽⁴⁾	-	-	+200% BR codifiée	+300% BR codifiée	+400% BR codifiée
Implantologie et couronne sur implant non remboursées ⁽⁴⁾	-	-	+300 €/acte	+600 €/acte	+900 €/acte
Orthodontie remboursée RO ⁽⁴⁾	100%	+25%	+200%	+300%	+400%
Orthodontie non remboursée RO ⁽⁴⁾	-	-	+100% BR codifiée	+200% BR codifiée	+300% BR codifiée

OPTIQUE

Forfait équipement verres unifocaux faible correction ⁽⁵⁾	60%	+Forfait 100 €	+150 €	+250 €	+300 €
Forfait équipement verres progressifs ou unifocaux forte correction ⁽⁵⁾	60%	+Forfait 200 €	+250 €	+400 €	+500 €
Lentilles remboursées ou non remboursées RO (par an et par bénéficiaire)	-	+100 €	+100 €	+150 €	+200 €
Chirurgie réfractive	-	-	+200 €/œil	+300 €/œil	+400 €/œil

PACK CONFORT PREVENTION ET AUTRES SOINS

Ostéodensitométrie non remboursée RO	-	-	+50 €/an	+50 €/an	+50 €/an
Diététicien, ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, naturopathe, acupuncteur, psychologue, podologue (toutes spécialités confondues)	-	-	+160 €/an	+160 €/an	+160 €/an
Pharmacie prescrite non remboursée RO inscrite au Vidal consultable sur Internet, vaccins non remboursés, sevrage tabagique et contraceptifs non remboursés sur prescription médicale	-	-	+90 €/an	+90 €/an	+90 €/an
CURE THERMALE REMBOURSEE RO Forfait global : honoraires, traitement thermal, hébergement, transport (sur présentation des justificatifs des frais réels)	65%	-	+250 €/an	+300 €/an	+300 €/an

MATERNITE

Allocation maternité/adoption (par enfant inscrit à la naissance)	-	-	+200 €	+200 €	+200 €
---	---	---	--------	--------	--------

ASSISTANCE

Assistance d'urgence à domicile	-	OUI	OUI	OUI	OUI
---------------------------------	---	-----	-----	-----	-----

(1) Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité conformément au décret N° 2014-1374 du 18 novembre 2014. (2) Forfait journalier facturé par les établissements de santé hors établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et hors établissements pour personnes dépendantes (EHPAD) et services de long séjour. (3) Chambre particulière limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire. (4) Plafond dentaire sur orthodontie, prothèses dentaires et implants, trois postes réunis : 2 680 € par an et par bénéficiaire. (5) Maximum un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire de + de 18 ans (par an en cas d'évolution de la correction visuelle) et tous les ans pour les enfants de - de 18 ans. Le remboursement de la monture ne peut excéder 150 €. Les montants incluent la prise en charge du ticket modérateur.

Exemples de remboursement

PRESTATIONS	EXEMPLES DE COÛT	REBOURSEMENTS R.O. + PANIER DE SOINS	REBOURSEMENTS R.O. + MEGA	REBOURSEMENTS R.O. + GIGA	REBOURSEMENTS R.O. + TERA
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, psychiatrie, maison de repos, maternité)					
Chambre particulière	100 €	-	40 €	80 €	100 €
SOINS COURANTS					
Consultation/visite généraliste	60 €	23 €	34,50 €	57,50 €	60 €
Consultation/visite spécialiste	80 €	23 €	46 €	80 €	80 €
DENTAIRE					
Prothèse dentaire	550 €	134,38 €	215 €	322,50 €	430 €
Orthodontie remboursée R.O.	700 € (semestre)	241,87 €	387 €	580,50 €	700 €
OPTIQUE					
Monture - verres unifocaux	430 €	108,23 €	158,23 €	258,23 €	358,23 €
Monture - verres multifocaux	580 €	212,44 €	262,44 €	412,44 €	512,44 €

Donnez de la hauteur
à votre mutuelle
obligatoire

Pari tenu