

Dentaire	Prestations	Saphir	
	<b>Reste à charge Zéro - Soins et prothèses 100% santé <sup>(1)</sup></b>		
	Prothèse, réparation remboursée par Sécu, Inlay-Core, Prothèse transitoire remboursées par le RO	100 % PLV	
	<b>Soins et prothèses tarifs libres <sup>(2)</sup></b>		
	Soins dentaires y compris détartrage annuel	150 % BRSS	
	Prothèses dentaires remboursées par le RO	275 % BRSS	
	Implants dentaires non remboursés par le RO	-	
	Orthodontie remboursée par le RO	200 % BRSS	
Orthodontie non remboursée par le RO	-		
Optique	<b>Reste à charge Zéro - Équipement optique 100 % santé (Classe A) <sup>(3)</sup></b>		
	Équipement optique	100 % PLV	
	<b>Équipement optique tarif libre (Classe B) <sup>(4)</sup></b>		
	Monture	80 €	
	Verre simple (par verre)	60 €	
	Verre complexe et très complexe (par verre)	100 €	
	Lentilles remboursées par le RO	100 % BRSS	
Lentilles non remboursées par le RO ou Chirurgie Réfractive	150 € / an		

Aide auditive	<b>Reste à charge Zéro - Prothèses auditives 100 % santé <sup>(5)</sup></b>	
	Prothèses auditives	100 % PLV
	<b>Auditif tarif libre <sup>(5)</sup></b>	
	Prothèses auditives remboursées par le RO – 1 appareil	100 % BRSS + 250 €
Prothèses auditives remboursées par le RO – 2 appareils	100 % BRSS + 450 €	

Soins courants	Consultation/visite généraliste, <i>OPTAM</i>	150% BRSS
	Consultation/visite généraliste, <i>NON OPTAM</i>	130% BRSS
	Consultation/visite spécialiste, acte technique <i>OPTAM</i>	220% BRSS
	Consultation/visite spécialiste, acte technique <i>NON OPTAM</i>	200% BRSS
	Imagerie Médicale <i>OPTAM</i>	150% BRSS
	Imagerie Médicale <i>NON OPTAM</i>	130% BRSS
	Auxiliaires médicaux, analyses	100% BRSS
	Orthopédie, Petit appareillage, Prothèse non dentaire	200% BRSS
	Transport	100% BRSS
	Pharmacie (65% ; 30% ; 15%)	100% BRSS

Hospitalisation	Frais de séjour (établissement conventionné)	100 % BRSS
	Honoraires <i>OPTAM</i> / <i>OPTAM-CO</i> <sup>(6)</sup>	180 % BRSS
	Honoraires <i>NON OPTAM</i> / <i>NON OPTAM-CO</i> <sup>(6)</sup>	120 % BRSS
	Franchise actes techniques (si frais réels ≥ 120 €)	Frais réels
	Forfait journalier <sup>(7)</sup>	Frais réels
	Chambre particulière <sup>(8)</sup>	40 € / jour
	Frais d'accompagnant (Enfant de - de 16 ans ou non-voyant)	20 € / jour

Autres soins	Actes de prévention remboursés par le RO	100 % BRSS
	Densitométrie osseuse non remboursée	-
	Diététicien, ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, naturopathe, acupuncteur, psychologue, podologue <sup>(9)</sup>	20 €/ séance
	Pharmacie prescrite non remboursée (inscrite aux pages blanches du Vidal), sevrage tabagique	20 € / an
	Cure Thermale remboursée sur présentation de la prescription <b>OU</b> Forfait Séjour Maternité	80 € / an

<b>Assistance d'urgence à domicile et protection juridique santé</b>	Oui
--	-----

**Le Ticket Modérateur est pris en charge à 100% par la Mutuelle. Le % de remboursement inclus le remboursement de la Sécurité Sociale.**

**OPTAM** : Médecins ayant signé l'Option Pratique TARifaire Maitrisée et s'engageant à limiter leurs dépassements d'honoraires.

**NON OPTAM** : Médecins n'ayant pas signé l'Option Pratique TARifaire Maitrisée. Remboursement sur dépassement limité à 100% du TC et inférieur d'au moins 20% par rapport à un médecin OPTAM.

**OPTAM-CO ou NON OPTAM-CO** : Concerne les Chirugiens et Obstétriciens.

**BR ou BRSS** : Base de remboursement de la sécurité sociale. Tarif de référence de la sécurité sociale.

Il existe deux bases de remboursement :

- **TC** : Tarif de Convention (médecins conventionnés)
- **TA** : Tarif d'Autorité (médecins non conventionnés)

**SS** : Sécurité Sociale

**PLV** : Prix Limite de Vente

**TM** : Ticket Modérateur

**RO** : Régime Obligatoire (CPAM, RSI, ...)

Le remboursement de la mutuelle ne prend pas en charge les actes hors nomenclatures, ni la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L322-2 du code de Sécurité Sociale, ni la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins, ni les dépassements d'honoraires hors parcours de soins.

Les remboursements de la Sécurité sociale et de la Mutuelle ne peuvent en aucun cas dépasser le montant de la dépense engagée. Tous les forfaits s'entendent par an et par personne.

(1) **Équipements 100% Santé** : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques, tels que définis réglementairement, dans la limite des honoraires de facturation fixés et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité Sociale.

(2) **Plafond dentaire sur les prothèses dentaires remboursées, les implants et l'orthodontie remboursée ou non** : 900 € pour l'offre Etoile, 1200 € pour l'offre Saphir, 1500 € pour l'offre Océan, et 2000€ pour les offres Diamant et Confort. Ce plafond est calculé par année civile et ne peut être reporté sur un autre bénéficiaire ou sur l'année suivante. Au-delà du plafond, la prise en charge se limite au ticket modérateur.

(3) **Équipements 100% Santé** : cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, tels que définis réglementairement, dans la limite des Prix Limites de Vente ou PLV fixés et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. Le remboursement des montures de ce panier est limité à 30 €. L'adhérent pourra bénéficier d'un équipement complet de classe A ou de classe B, ou d'un équipement mixte associant 1 monture de classe A et 2 verres de classe B ou 1 monture de classe B et 2 verres de classe A."

(4) **Le forfait optique** s'applique à l'acquisition d'un équipement (verres + monture) : tous les 2 ans (date des soins) pour les adultes et tous les ans pour les enfants et les adolescents de moins de 16 ans. Cependant, en cas d'évolution de la vue, un renouvellement est possible dans un délai d'un an à compter de la dernière date d'achat. Le remboursement de la monture ne peut excéder 100 €.

(5) Le renouvellement de la prise en charge d'une **aide auditive** ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(6) **Plafond annuel global sur les dépassements d'honoraires** : de 1800 € sur l'offre Etoile, 1500 € sur l'offre Saphir, 1800 € sur l'offre Océan, 2000 € sur l'offre Diamant et 2 500 € sur l'offre Confort.

(7) **Forfait journalier** facturé par les établissements de santé hors médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et hors établissement pour personnes dépendantes (EHPAD) et service de long séjour.

(8) **Maximum 30 jours en médecine et soins de suite, 30 jours en psychiatrie, 90 jours en chirurgie.**

(9) **Maximum 3 séances par an** toutes spécialités confondues pour les offres Etoile et Saphir ; **5 séances par an** toutes spécialités confondues pour les offres Océan, Diamant et Confort. (Uniquement les Professionnels de Santé).