

Prestations		Cristal
Dentaire	<b>Soins et prothèses tarifs libres <sup>(1)</sup></b>	
	Soins dentaires y compris détartrage annuel	100 % BRSS
	Prothèses dentaires remboursées par le RO	100 % BRSS
	Implants dentaires non remboursés par le RO	-
	Orthodontie remboursée par le RO	100 % BRSS
	Orthodontie non remboursée par le RO	-
Optique	<b>Équipement optique tarif libre (Classe B) <sup>(2)</sup></b>	
	Monture	20 €
	Verre simple (par verre)	40 €
	Verre complexe et très complexe (par verre)	90 €
	Lentilles remboursées par le RO	100 % BRSS
	Lentilles non remboursées par le RO ou Chirurgie Réfractive	-
Aide auditive	<b>Auditif tarif libre <sup>(3)</sup></b>	
	Prothèses auditives remboursées par le RO – 1 appareil	100 % BRSS
	Prothèses auditives remboursées par le RO – 2 appareils	100 % BRSS
Soins courants	Consultation/visite généraliste, <i>OPTAM</i>	100 % BRSS
	Consultation/visite généraliste, <i>NON OPTAM</i>	100 % BRSS
	Consultation/visite spécialiste, acte technique <i>OPTAM</i>	100 % BRSS
	Consultation/visite spécialiste, acte technique <i>NON OPTAM</i>	100 % BRSS
	Imagerie Médicale <i>OPTAM</i>	100 % BRSS
	Imagerie Médicale <i>NON OPTAM</i>	100 % BRSS
	Auxiliaires médicaux, analyses	100 % BRSS
	Orthopédie, Petit appareillage, Prothèse non dentaire	100 % 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>(4)</sup>	100 % BRSS
	Honoraires <i>NON OPTAM</i> / <i>NON OPTAM-CO</i> <sup>(4)</sup>	100 % BRSS
	Franchise actes techniques (si frais réels ≥ 120 €)	Frais réels
	Forfait journalier <sup>(5)</sup>	Frais réels
	Chambre particulière	-
	Frais d'accompagnant (Enfant de - de 16 ans ou non-voyant)	-
Autres soins	Actes de prévention remboursés par le RO	100 % BRSS
	Densitométrie osseuse non remboursée	-
	Diététicien, ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, naturopathe, acupuncteur, psychologue, podologue	-
	Pharmacie prescrite non remboursée (inscrite aux pages blanches du Vidal), sevrage tabagique	-
	Cure Thermale remboursée sur présentation de la prescription	-
	<b>OU</b> Forfait Séjour Maternité	-
<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 Chirurgiens 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) **Plafond dentaire sur les prothèses dentaires remboursées, les implants et l'orthodontie remboursée ou non** : 1 200 € pour l'offre Saphir, 1 500 € pour l'offre Océan, et 2 000€ 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.

(2) **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.

(3) 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.

(4) **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.

(5) **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.