

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	80 ou 100 % BR*	420 ou 400 % BR	500 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	80 ou 100 % BR	120 ou 100 % BR	200 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Chambre particulière (par jour) :	---			La prise en charge de la chambre particulière est limitée à :
- Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	60 €	60 €	
- Soins de suite et de réadaptation	---	60 €	60 €	- 90 jours par an pour les soins de suite et réadaptation et maison d'enfants (240 jours par an pour les centres agréés de rééducation fonctionnelle),
- Psychiatrie	---	60 €	60 €	
- Maisons d'enfant à caractère sanitaire	---	60 €	60 €	- 60 jours par an pour la psychiatrie, Les suppléments lors d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge par le forfait ambulatoire.
- Ambulatoire	---	20 €	20 €	
- Frais d'accompagnement	---	15 €	15 €	Frais d'accompagnement : prise en charge en cas d'hospitalisation d'une personne âgée de moins de 16 ans ou de plus de 75 ans, limitée à 30 jours par an. Ces frais peuvent être engagés par toutes personnes accompagnant le bénéficiaire des garanties hospitalisé. Ils sont remboursés au bénéficiaire, des garanties, hospitalisé. Par frais d'accompagnement dans le cadre d'une hospitalisation, il faut entendre : - Hébergement : sur présentation d'une facture nominative acquittée - Repas : sur présentation d'une facture nominative acquittée. - Transport : sur présentation des justificatifs des frais engagés pour le déplacement.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
- Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	100 % BR	170 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs- kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pedicures-podologues)	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	80 % BR	150 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	100 % BR	170 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100% BR	SMR important : vignette blanche
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100% BR	SMR modéré : vignette bleue
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100% BR	SMR faible : vignette orange
Matériel médical				

Véhicules pour handicapés	60 % BR	155 % BR	215 % BR	
---------------------------	---------	----------	----------	--

VERSION TDG 2021 - Initiale TESSI

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
DENTAIRE				
Soins, actes et consultations	70 % BR	200 % BR	270 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	100 % BR	200 % BR	300 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽¹⁾ Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Prothèses	70 % BR	Frais réels moins 70% BR	Frais réels	
Prothèses hors 100 % santé				
Panier à honoraires maîtrisés**				
- Prothèses	70 % BR	250 % BR	320 % BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	200 % BR	270 % BR	
Panier à honoraires libres				
- Prothèses	70 % BR	250 % BR	320 % BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	200 % BR	270 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
- Parodontologie	---	200 €	200 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Prothèses	---	250 % BR	250 % BR	Prothèses inscrites à la classification
- Implants et piliers	---	250 €	250 €	Forfait annuel
- Orthodontie	---	150 % BR	150 % BR	
OPTIQUE				
1 monture et 2 verres tous les deux ans date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.				
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe A				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100% santé" et d'établir un devis.
- Monture	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
- Verres (tous types de corrections)	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou montures) Classe B - Tarifs libres - moins de 16 ans				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60% BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	100 € moins 60 % BR	100 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	150 € moins 60 % BR	150 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	150 € moins 60 % BR	150 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60% BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	100 € moins 60 % BR	100 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	150 € moins 60 % BR	150 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	150 € moins 60 % BR	150 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription y compris les verres neutres				
	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
- Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	---	180 €	180 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO				Forfait par an, par bénéficiaire et par oeil
	---	240 €	240 €	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ Classe I				
- Aides auditives	60 % BR	Frais réels moins 60%BR	Frais réels	
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	40 % BR + 300 €	100 % BR + 300 €	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	40 % BR + 460 €	100 % BR + 460 €	
Accessoires, entretien, piles réparation, implants cochléaires	60 % BR	155 % BR	215 % BR	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE - PRESTATIONS PARTICULIERES				
Actes de prévention	---	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO, sans hospitalisation (21 jours) :				Les honoraires de surveillances et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les hébergements remboursés par l'AMO
· Forfait d'hébergement	---	350 €	350 €	
Médecine non remboursée : Diététicien / nutritionniste, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue, psychologue / psychothérapeute, phytothérapeute, hypnose, auriculothérapie, cryothérapie, sexologue	---	120 €	120 €	Forfait par année civile et par personne protégée Les soins doivent obligatoirement avoir été pratiqués par un professionnel de santé ayant un numéro ADELI. La prise en charge se fait selon modalités prévues au contrat.
Allocation Maternité ou Adoption	---	200 €	200 €	Allocation versée par enfant inscrit sur le contrat sur présentation d'un certificat de naissance ou d'adoption.
Pharmacie et médicaments :				
· sur prescription : médicaments recensés comme tel dans le VIDAL	---	40 €	40 €	Forfait par année civile et par personne protégée
· sur facture nominative : préservatifs, tests de grossesse et tests d'ovulation	---	40 €	40 €	Forfait par année civile et par personne protégée
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale.
MÉDECINDIRECT Consultation médicale à distance 24H/24 - 7J/7 : avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; · Proposition d'un diagnostic médical · Délivrance d'une ordonnance électronique selon les cas	---	OUI	OUI	 à vos côtés, où que vous soyez - depuis votre espace adhérent - depuis le site Internet www.medicindirect.fr - depuis l'application mobile MédecinDirect Service 100% confidentiel et sécurisé.
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
Accès aux ateliers prévention santé	---	OUI	OUI	Ateliers proposés en agence.

VERSION TDG 2021 - Initiale TESSI

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général / T.M.= Ticket modérateur / F.R. = Frais réels / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Pour tous les actes non remboursés par l'AMO, le remboursement se fera sur facture nominative et acquittée.

** Actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO. **Soins à l'étranger : Les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.**

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.