

GARANTIES ACTUELLES CCNT 66/CHRS BASE ET OPTIONS *

Les garanties évolueront en conformité avec les évolutions de la notion de contrat responsable et de la définition du 100 % Santé (prestations garanties à compter du 01/01/2025)

Garanties conventionnelles Remboursements de la Sécurité sociale inclus	BASE	OPTION 2 <i>(en complément de la base)</i>					
HOSPITALISATION - Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité							
Frais de séjour	200%BR						
Honoraires (signataires Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) :							
Actes de chirurgie (ADC)							
Actes d'anesthésie (ADA)	220% BR			+ 80% BR			
Actes d'obstétrique (ACO)							
Actes techniques médicaux (ATM)							
Autres honoraires							
Honoraires (non signataires Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) :							
Actes de chirurgie (ADC)							
Actes d'anesthésie (ADA)	200% BR						
Actes d'obstétrique (ACO)							
Actes techniques médicaux (ATM)							
Autres honoraires							
Forfait journalier hospitalier	100% FR						
Forfait actes lourds	100% FR						
Chambre particulière par jour :							
Conventionnée jour / nuit (avec nuitée) ⁽¹³⁾	100% FR limité à 2% PMSS			100% FR limité à 1% PMSS			
Conventionnée de jour (sans nuitée) ⁽¹⁴⁾	limité à 1% du PMSS			limité à 0,5% PMSS			
Frais d'accompagnant⁽¹⁵⁾ :							
Conventionné	100% FR limité à 1,5% PMSS/ jour			100% FR limité à 1,5% PMSS/ jour			
Ambulances, véhicules sanitaires légers, ...	100% BR						
SOINS MEDICAUX COURANTS							
Consultation - visites : Généralistes signataires ou non d'un DPTM	100% BR						
Consultation - visites : Spécialistes signataires d'un DPTM	220% BR						
Consultation - visites : Spécialistes Non signataires d'un DPTM	200% BR						
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) signataires d'un DPTM	170% BR						
Actes de petite chirurgie (ADC) et actes techniques médicaux (ATM) non signataires d'un DPTM	150% BR						
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) signataires d'un DPTM	150%BR			+ 20% BR			
Radiologie, actes d'imagerie médicale (ADI) et actes d'échographie (ADE) non signataires d'un DPTM	130%BR			+ 20% BR			
Psychologues (actes remboursés Sécurité sociale)	100% BR						
Auxiliaires médicaux (actes remboursés Ss)	100% BR						
Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, psychomotricien, diététicien, psychologue) ⁽¹⁵⁾	25€/séance dans la limite de 3 séances par an/bénéficiaire			+ 1 séance supplémentaire			
Médicaments et Pharmacie (remboursés Ss)	100% BR						
Analyses et examens de biologie médicale remboursée Ss	100% BR						
Matériel médical : Orthopédie et autres prothèses ou appareillage remboursé par la Ss (hors dentaire, auditif et optique)	200% BR						
Ambulances, véhicules sanitaires légers, ...	100% BR						
Forfait actes lourds	100% FR						
AIDES AUDITIVES							
Aides auditives remboursées par la Ss dans la limite d'un appareil par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'appareil précédent (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment)	Equipements 100% santé ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ 100% PLV	Equipements libres ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ 20% PMSS par oreille (min 100% BR)	Equipements 100% santé ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾	Equipements libres ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ 1700 € -20% PMSS, par oreille			
Piles et autres consommables ou accessoires remboursés Ss (dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par arrêté)	100% BR						
DENTAIRE⁽¹⁴⁾							
Soins dentaires conservateurs, chirurgicaux ou de prévention	100% BR						
Inlays/Onlays	100% BR						
Orthodontie remboursée par la Ss	300%BR			+ 50% BR			
Orthodontie non remboursée par la Ss	250%BR						
Prothèses dentaires non remboursées par la Ss	7% PMSS / an			+ 3% PMSS / an			
Implantologie ⁽¹⁴⁾	20% PMSS / an			+ 5% PMSS / an			
Soins prothétiques et prothèses dentaires remboursées par la Ss :	Panier 100% santé (12)	Panier maîtrisé (12)	Panier libre (12)	Panier 100% santé	Panier maîtrisé	Panier libre	Panier libre et Panier maîtrisé
Dents du sourire (incisives, canines, prémolaires) ⁽¹³⁾		250%BR	Dans la limite de 900 € par an (hors RSS) et par bénéficiaire (au-delà, 125% BR)		+ 200% BR	+ 325% BR	Dans la limite de 550 € par an et par bénéficiaire
Dents de fond de bouche	100% des HLF selon matériau et position de la dent	220%BR		125% BR	+ 130% BR	+ 225% BR	
Inlays-core		150% BR			+ 50% BR	+ 75% BR	

OPTIQUE (8)				
Equipements (1 monture / 2 verres)	Equipements 100% santé (6) (7) (8)	Equipements libres (6) (7) (8) (9)	Equipements 100% santé (6) (7) (8)	Equipements libres (6) (7) (8) (9)
Verres**				
Monture adulte**	100% du PLV	Grille Base		Grille Option 2
Monture enfant**				
Lentilles prescrites (acceptées, refusées, jetables)	3% PMSS (min 100% BR pour les lentilles acceptées) par année civile et par bénéficiaire		+ 3,50% PMSS par année civile et par bénéficiaire	
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire (10)	22% PMSS par année civile et par bénéficiaire		+ 3% PMSS par année civile et par bénéficiaire	
Prestations supplémentaires sur équipement d'optique	100% BR dans la limite des PLV			
ACTES DIVERS				
Tous les actes des contrats responsables	100% BR			
Actes de prévention définis par la réglementation	100% BR			
Assistance	RMA niveau 1			
Cures thermales acceptées par la Ss	100% BR			

Ss : Sécurité sociale.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer son montant de remboursement.

BRR : Base de remboursement reconstituée.

* Les garanties s'entendent dans les conditions existantes et à venir des contrats responsables tant au niveau des minima que des maxima fixés acte par acte.

** En tout état de cause, les garanties devront respecter les PLV fixés par décret dans le cadre des contrats responsables.

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

- déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L160-13 II du code de la sécurité sociale)

- déduction des franchises médicales (visées à l'article L160-13 III du code de la sécurité sociale)

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle du lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement santé (Forfait Patient Urgence).

- Les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (côtés DE par les professionnels de santé) ne sont pas pris en charge.

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des Prix Limites de Vente (PLV) et des plafonds fixés par la réglementation.

(2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.

(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(4) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Concernent uniquement les frais de repas et /ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie ; sont exclus les frais liés à la maternité.

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des Prix Limites de Vente (PLV) et des plafonds fixés par la réglementation.

(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(9) - Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(10) Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire. Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

(11) Les remboursements de la mutuelle :

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),

- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.

(12) Tel que défini réglementairement, dans le respect des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la réglementation.

(13) Dents de sourire : Ce sont les Incisives – Canines – Prémolaires. Ces dents correspondent au numéro de dent : 11,12,13,14,15,21,22,23,24,25,31,32,33,34,35,41,42,43,44,45.

(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(15) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

Grilles Optique (Sécurité sociale incluse)	BASE		OPTION 2 <i>(en complément de la base)</i>	
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
UNIFOCAUX				
sphère de 0 à -/+2	100% PLV (*)	35,00 €	100% PLV	+ 55 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		40,00 €		+ 50 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		50,00 €		+ 50 €
sphère < -8 ou > +8		100,00 €		+ 30 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	40,00 €	100% PLV	+ 60 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		45,00 €		+ 55 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		55,00 €		+ 55 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		105,00 €		+ 15 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	55,00 €	100% PLV	+ 85 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		60,00 €		+ 80 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		70,00 €		+ 80 €
cylindre > +4 sphère < -8		120,00 €		+ 40 €
MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
sphère de 0 à -/+2	100% PLV	75,00 €	100% PLV	+ 105 €
sphère de -2 à -4 ou de +2 à +4		80,00 €		+ 100 €
sphère de -4 à -8 ou de +4 à +8		90,00 €		+ 110 €
sphère < -8 ou > +8		130,00 €		+ 70 €
cylindre ≤ +4 sphère de -2 à 0 ; sphère > 0 et S ≤ 2	100% PLV	90,00 €	100% PLV	+ 120 €
cylindre ≤ +4 sphère de -4 à -2,25 ; sphère > 0 et 2 < S ≤ 4		95,00 €		+ 115 €
cylindre ≤ +4 sphère de -8 à -4,25 ; sphère > 0 et 4 < S ≤ 8		105,00 €		+ 115 €
cylindre ≤ +4 sphère < -8 ; sphère > 0 et 8 < S		145,00 €		+ 85 €
cylindre > +4 sphère de -2 à 0	100% PLV	115,00 €	100% PLV	+ 95 €
cylindre > +4 sphère de -4 à -2,25		120,00 €		+ 90 €
cylindre > +4 sphère de -8 à -4,25		130,00 €		+ 90 €
cylindre > +4 sphère < -8		170,00 €		+ 60 €
MONTURES ET AUTRES LPP	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE A	CLASSE B
Verre neutre	100% PLV	35,00 €	100% PLV	+ 55 €
Monture (dont supplément enfant de moins de 6 ans)		100,00 €		

(*) PLV = Prix Limite de Vente fixés par décret

sphère = SPH / cylindre = CYL (+) / S = SPH + CYL

S = Cylindre + Sphère

Montants indiqués PAR VERRE