

### TABLEAU DES PRESTATIONS SANTÉ HORS ALSACE-MOSELLE, EN VIGUEUR À COMPTER DU 1<sup>er</sup> JANVIER 2023

Nature des frais	Remboursements du régime de base	Remboursement complémentaire	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
<b>SOINS COURANTS</b>			
• <b>Honoraires médicaux (y compris téléconsultation)</b>			
- Honoraires des médecins généralistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins généralistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
- Honoraires des médecins spécialistes adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins spécialistes non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	70 % BR	130 % BR	200 % BR
• <b>Honoraires paramédicaux<sup>(2)</sup></b>	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• <b>Consultation psychologue (dispositif MonPsy) dans la limite de 8 séances/an</b>	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• <b>Analyses, et examens de laboratoire :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	de 60 % à 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	de 60 % à 100 % BR	140 % BR à 100 % BR	200 % BR
• <b>Radiologie, électroradiographie, imagerie médicale et ostéodensitométrie<sup>(3)</sup></b>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
• <b>Actes de prévention<sup>(4)</sup></b>	de 35 % à 70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
• <b>Honoraires de médecines douces reconnus par le ministère de la santé : chiropractie, ostéopathie, acunpuncture, étioopathie, micro kinésithérapie, sophrologie, diététiciens, nutritionnistes, pédicures - podologues, ergothérapeutes, psychomotricien</b>	-	35 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	35 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
• <b>Médicaments</b>			
- Médicaments à service médical rendu « majeur ou important » (y compris honoraire dispensation du pharmacien)	65 % BR	35 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu « modéré » (y compris honoraire dispensation du pharmacien)	30 % BR	70 % BR	100 % BR
- Médicaments à service médical rendu « faible » (y compris honoraire dispensation du pharmacien)	15 % BR	85 % BR	100 % BR
• <b>Autres honoraires de pharmacien remboursés par le régime de base y compris vaccination anti-grippale</b>	de 65 % BR à 100 % BR	de 35 % BR à 0 % BR	100 % BR
• <b>Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiniques</b>	-	100 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire
• <b>Matériel médical</b>			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses (sauf prothèses auditives et dentaires)	60 % BR ou 100 % BR	240 % BR ou 200 % BR	300 % BR
<b>HOSPITALISATION (hors maternité et psychiatrie)</b>			
• <b>Frais de séjour</b>	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• <b>Honoraires :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
• <b>Forfait actes lourds<sup>(5)</sup></b>	-	100 % FR	100 % FR
• <b>Forfait journalier hospitalier<sup>(6)</sup></b>	-	100 % FR	100 % FR
• <b>Forfait patient urgences<sup>(7)</sup></b>	-	100 % FR	100 % FR
• <b>Chambre particulière y compris en ambulatoire<sup>(8)</sup> (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)</b>	-	100 % FR	100 % FR
• <b>Frais d'accompagnement(enfant moins de 16 ans) (par jour/bénéficiaire dans la limite de 60 jours/an)</b>	-	40 €/jour	40 €/jour
<b>MATERNITÉ *plafond de 1000€ / maternité pour les dépassements d' honoraires des médecins adhérents ou non au DPTM et la chambre particulière (hors TM)</b>			
• <b>Frais de séjour</b>	100 % BR	-	100 % BR
• <b>Honoraires :</b>			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	100 % BR	100 % BR	200 % BR
• <b>Chambre particulière (par jour/bénéficiaire)*</b>	-	100 % FR	100 % FR

Nature des frais	Remboursements du régime de base	Remboursement complémentaire	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
• Prime de naissance <sup>(9)</sup> : maternité ou adoption	-	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 <sup>ème</sup> )	250 €/enfant pour les 2 premiers (350 € à partir du 3 <sup>ème</sup> )
<b>PSYCHIATRIE</b>			
• Frais de séjour	80 % BR ou 100 % BR	20 % BR ou 0 % BR	100 % BR
• Honoraires :			
- Honoraires des médecins adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Honoraires des médecins non adhérents au DPTM <sup>(1)</sup>	80 % BR ou 100 % BR	120 % BR ou 100 % BR	200 % BR
• Forfait journalier hospitalier <sup>(6)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
• Forfait patient urgences <sup>(7)</sup>	-	100 % FR	100 % FR
• Chambre particulière	-	1000 €/an/bénéficiaire	1000 €/an/bénéficiaire
<b>OPTIQUE</b>			
<b>1 équipement par bénéficiaire et pour 2 ans<sup>(10)</sup></b>			
• Équipements 100 % santé (Classe A) <sup>(11)</sup>			
- Monture	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Verre	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres équipements (Classe B)			
- Monture	60 % BR	100 € - RO	100 €
Verres :			
- Verre unifocal simple <sup>(12)</sup>	60 % BR	160 €/ verre - RO	160 €/ verre
- Verre unifocal complexe <sup>(12)</sup>	60 % BR	220 €/ verre - RO	220 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif complexe <sup>(12)</sup>	60 % BR	300 €/ verre - RO	300 €/ verre
- Verre multifocal ou progressif très complexe <sup>(12)</sup>	60 % BR	350 €/ verre - RO	350 €/ verre
• Prestation d'adaptation de la correction à la vue pour des verres de Classe B <sup>(11)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Supplément pour verre avec filtre <sup>(11)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Autres suppléments optiques	60 % BR	40 % BR	100 % BR
• Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	390 % BR + 340 €/an/bénéficiaire	450 % BR + 340 €/an/bénéficiaire
• Lentilles non remboursées par le régime de base	-	290 €/an/bénéficiaire	290 €/an/bénéficiaire
• Chirurgie réfractive cornéenne de l'œil	-	500 €/œil/an/bénéficiaire	500 €/œil/an/bénéficiaire
<b>DENTAIRE</b>			
• Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(11)</sup>	70 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
- Soins (hors 100 % Santé)	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
- Inlay Onlay (hors 100 % Santé) <sup>(13)</sup>	70 % BR	100 % FR - RO	100 % FR
Prothèses (hors 100 % Santé) :			
- prothèses à honoraires maîtrisés <sup>(13)</sup>	70 % BR	410 % BR	480 % BR
- prothèses à honoraires libres	70 % BR	410 % BR	480 % BR
- prothèses dentaires non remboursées par le régime de base	-	215 €/an/bénéficiaire	215 €/an/bénéficiaire
• Orthodontie remboursée par le régime de base	70 % ou 100 % BR	300 % BR	370 % ou 400 % BR
• Orthodontie non remboursée par le régime de base	-	400 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire
• Implantologie (hors couronne implanto-portée), Parodontologie non remboursées par le régime de base	-	300 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
<b>AIDES AUDITIVES<sup>(14)</sup></b>			
• Équipements 100 % Santé (Classe I) <sup>(11)</sup>	60 % BR	Frais réels - RO	Frais réels
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1700 € - RO / oreille	1700 € / oreille
• Aides auditives Classe II prises en charge par le régime de base à partir de 21 ans	60 % BR	1700 € - RO / oreille	1700 € / oreille
• Aides auditives non remboursées par le régime de base	-	385 €/an/bénéficiaire	385 €/an/bénéficiaire
• Piles et Accessoires	60 % BR	40 % BR	100 % BR
<b>CURES THERMALES</b>			
• Frais remboursés par le régime de base : surveillance médicale <sup>(3)</sup>	70 % BR	30 % BR	100 % BR
• Frais de soins et de séjour	65 % ou 70 % BR	35 % ou 30 % BR + 195 €/an/bénéficiaire	100 % BR + 195 €/an/bénéficiaire
<b>DIVERS</b>			
• Transports remboursés par le régime de base	65 % ou 100 % BR	135 % BR ou 100 % BR	200 % BR
• Assistance	-	Mutuaide	Mutuaide
• Réseau de soins	-	Carte Blanche réseau optique	Carte Blanche réseau optique

BR : base de remboursement; RO : remboursement obligatoire; FR : frais réels.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM Co). Pour les médecins non conventionnés, remboursement sur la base du tarif d'autorité.

(2) Honoraires paramédicaux non conventionnés : 90 % FR dans la limite de 300 % BR du secteur conventionné.

(3) En cas de dépassement d'honoraires se référer au poste soins courants « honoraires médicaux - Honoraires des médecins spécialistes ».

(4) Tous les actes de prévention sont pris en charge au titre du contrat (cf. liste annexée ci-dessous à la date du 18.11.2014) : détartrage annuel effectué en 2 séances maximum; ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans; scellement des sillons avant 14 ans; dépistage Hépatite B; bilan du langage avant 14 ans; dépistage des troubles de l'audition après 50 ans; vaccinations (diphthérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, BCG, rubéole, pneumocoque, selon âge).

(5) Forfait actes lourds : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire. Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur ou égal à 120 € (ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60).

(6) Forfait journalier hospitalier : sont exclus les établissements médico-sociaux.

(7) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L. 160-13-1 du Code de la Sécurité sociale.

(8) Pour les établissements non conventionnés : 90 % FR limité à 60 jours/an/bénéficiaire

(9) Prime de naissance maternité ou adoption : versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 2 ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévus par cet arrêté.

(11) tels que définis par les textes réglementaires en vigueur. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(12) verre unifocal simple Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries  
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries  
- verre neutre

verre unifocal complexe Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries  
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie

- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verre multifocal ou progressif complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verre multifocal ou progressif très complexe Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(13) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire dès lors qu'ils ont pris effet.

(14) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 € / appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

En cas d'exonération du ticket modérateur (ALD et autres cas), la prise en charge du régime obligatoire augmente et la part correspondant au ticket modérateur est réduite du remboursement complémentaire. Le total des remboursements (régime de base + régime complémentaire) est inchangé.

## PRESTATIONS D'ASSISTANCE (PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR AN)

INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ	
• Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche et envoi d'un professionnel de santé	Inclus
• Réservation d'un lit en milieu hospitalier	Inclus
• Mise en relation avec un médecin	Inclus
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
• Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
• Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
• Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
ASSISTANCE EN CAS DE DÉPLACEMENT EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER	
• Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

\* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère.

Pour bénéficier des services de l'assistance, le salarié devra, au moment de l'événement, contacter MUTUAIDE ASSISTANCE au 01 55 98 57 99. Services disponibles 7 jours sur 7 - 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger.