

Garantie frais de santé cadres - Premium

| Nature des actes | PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale | |
|--|---|------------------------------|
| | Régime Complémentaire Responsable Premium | |
| Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité | OPTAM / OPTAM CO | Hors OPTAM / OPTAM CO |
| Frais de séjour | 470 % BR | |
| Honoraires | 470 % BR | 200 % BR |
| Forfait journalier hospitalier (1) | 100 % FR | |
| Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans) | 4 % PMSS / jour | |
| Chambre particulière | 4 % PMSS / jour | |
| Transport accepté par la Séc Soc. | 100 % BR | |
| Actes médicaux courants | OPTAM / OPTAM CO | Hors OPTAM / OPTAM CO |
| Consultations spécialistes | 470 % BR | 200 % BR |
| Consultations généralistes | 470 % BR | 200 % BR |
| Visites généralistes / spécialiste | 490 % BR | 200 % BR |
| Actes de petite chirurgie | 270 % BR | 200 % BR |
| Analyses, laboratoire | 470 % BR | |
| Auxiliaires médicaux | 470 % BR | |
| Radiologie | 470 % BR | 200 % BR |
| Pharmacie | | |
| Remboursée par la Séc Soc | 100 % BR | |
| Dentaire | | |
| Soins et prothèse 100% santé | Prise en charge intégrale progressive de 2020 à 2021 dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) | |
| Soins dentaires remboursés par la SS ne relevant pas du dispositif 100% santé (3) : soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire, actes d'endodontie, parodontologie | 470 % BR | |
| Prothèses (paniers libre et maîtrisé) (4) | | |
| Panier maîtrisé | Prise en charge identique à celle du panier libre dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) | |
| Panier libre | Actes remboursés par la sécurité sociale | |
| Inlay / Onlay | 470 % BR | |
| Parodontologie non prise en charge par la Séc Soc. (Maximum 3 actes / an / bénéficiaire) | 100 % FR dans la limite de 450 € / acte | |
| Prothèses dentaires remboursées par la Séc Soc. (5) | 470 % BR | |
| Inlay core | 470 % BR | |
| Implantologie dentaire non prise en charge par la Séc Soc. (Maximum 3 actes / an / bénéficiaire) | dans la limite de 20 % PMSS / implant | |
| Prothèses dentaires non remboursées par la Séc Soc. (5) (6) (**) | 470 % BR | |
| Orthodontie acceptée ou refusée par la Séc Soc. | 470 % BR | |

Garantie frais de santé cadres - Premium

| Nature des actes | PRESTATIONS Y compris Sécurité sociale |
|---|--|
| | Régime Complémentaire Responsable Premium |
| Autres prothèses | |
| Appareillages remboursés par la Séc. Soc. Par an et par bénéficiaire | 100 % FR dans la limite de 15 % PMSS |
| Accessoires (2) | 100 % FR dans la limite de 15 % PMSS |
| Prothèses auditives | |
| Equipement 100% santé | (Prise en charge maximum à hauteur du prix limite de vente) |
| Equipement du panier libre | 20 % PMSS |
| Optique | |
| Equipement 100% santé - verre | Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV) |
| Equipement 100% santé - monture | Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV) |
| Prestation d'adaptation et d'appairage 100% santé | Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente (PLV) |
| Verres remboursés par la Séc. Soc. (les2) | Grille Optique PREMIUM |
| Monture remboursée par la Séc. Soc. | 100 Euros |
| Lentilles acceptées par la Séc. Soc. (yc jetables) | 12,5 % PMSS / an / bénéf. |
| Lentilles refusées par la Séc. Soc. (yc jetables) | 12,5 % PMSS / an / bénéf. |
| Chirurgie de la myopie | 600 € / œil / an / bénéf. |
| Maternité – Adoption | |
| Indemnité forfaitaire (doublée en cas de naissance gémellaire) | 20 % PMSS |
| Cures thermales acceptés par la Séc. Soc. | |
| Allocation forfaitaire | 100 % FR limités à 20 % PMSS |
| Pack bien être | |
| Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésie, Etiopathe, Acupuncture, sevrage tabagique, podologue, diététicien et psychologue | 50 € / séance (maximum 5 séances) / an / bénéf. |

Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la SS et tout autre organisme complémentaire.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale - FR : Frais Réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, destinée aux médecins exerçant en Chirurgie et en Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - S.S. : Sécurité sociale - TM : Ticket Modérateur.

PMSS 2024 : 3864€

Grille optique cadres - Premium

| FORFAIT PAR VERRE | | | |
|---|---|---|---------------------|
| Verres simple foyer, sphériques : | | | |
| Verre simple | sphère comprise entre -6 à +6 | A | 160 Euros par verre |
| Verre complexe | sphère hors zone - 6 à +6 | C | 300 Euros par verre |
| Verres simple foyer, sphéro-cylindriques : | | | |
| Verre simple | sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre <= +4 | A | 160 Euros par verre |
| Verre simple | sphère > 0 et sphère + cylindre <= +6 | A | 160 Euros par verre |
| Verre complexe | sphère comprise entre -6 et 0 et cylindre > +4 | C | 300 Euros par verre |
| Verre complexe | sphère < -6 et cylindre >= + 0,25 | C | 300 Euros par verre |
| Verre complexe | sphère > 0 et sphère + cylindre > +6 | C | 300 Euros par verre |
| Verres multifocaux ou progressifs sphériques : | | | |
| Verre complexe | sphère comprise entre -4 à +4 | C | 300 Euros par verre |
| Verre très complexe | sphère hors zone de -4 à + 4 | F | 350 Euros par verre |
| Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques : | | | |
| Verre complexe | sphère comprise entre -8 et 0 et cylindre <= + 4 | C | 300 Euros par verre |
| Verre complexe | sphère > 0 et sphère + cylindre <= + 8 | C | 300 Euros par verre |
| Verre très complexe | sphère est comprise entre -8 et 0 et cylindre > + 4 | F | 350 Euros par verre |
| Verre très complexe | sphère < -8,00 et cylindre >= +0,25 | F | 350 Euros par verre |
| Verre très complexe | sphère > 0 et sphère + cylindre > + 8 | F | 350 Euros par verre |
| Equipement Mixte constitué de deux verres de catégories distinctes : | | | |
| Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable | | B | 230 Euros par verre |
| Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable | | D | 255 Euros par verre |
| Equipement Verre composé de catégories distinctes / plafond : contrat responsable | | E | 325 Euros par verre |

Catégorie ACF (équipement homogène) et BDE (équipement hétérogène) remboursement conforme contrat responsable

Equipement Homogène

CLASSE A / VERRE SIMPLE / sphère -6 à +6 et cylindre inf ou égal à +4
 CLASSE C / VERRE COMPLEXE / VERRE simple foyer hors zone -6 à +6 et cylindre sup +4 à verre multifocal ou progressif
 CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 8 + 8
 CLASSE F / VERRE TRES COMPLEXE / VERRE multifocal ou progressif sphéro cylindrique sphère hors zone - 4 + 4

Equipement mixte

Verre Simple + Verre Complexe (A+C) B
 Verre Simple + Verre Très Complexe (A+F) D
 Verre Complexe + Verre Très Complexe (C+F) E

Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) au terme d'une période minimale : de 2 ans, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
 Renouvellement anticipé de l'équipement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières, tels que défini par arrêté.

(*) Dans la limite de 3 prothèses par an, au-delà remboursement sur la base de 240% de la BR. (**) Sur la base d'un SPR 30 OU HBLD418.

Le contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et elles les prestations indiquées incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Pour les prestations exprimées en forfait, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. (sauf prestations exprimées en euros). Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le régime obligatoire, sauf stipulation contraire. (1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. (2) Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale. (3) Soins dentaires / Actes d'endodontie / Actes de prophylaxie bucco-dentaire / Parodontologie. (4) : Couronnes, bridges et inter de bridge / Couronnes sur implant / Prothèses dentaires amovibles ou fixe / Réparation sur prothèses. (5) : dents n° 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 21 / 22 / 23 / 24 / 25 / 31 / 32 / 33 / 34 / 35/41 / 42 / 43 / 44/ 45. (6) : dents n° 16 / 17 / 18 / 26 / 27 / 28 / 36 / 37 / 38 / 46 / 47 / 48. **Prise en charge limitée à un équipement optique (2 verres+1 monture) par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, par période d'un 1 an pour les assurés de moins de 16 ans, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur (exception aux périodes de renouvellement possible notamment en cas d'évolution de la vue ou situations médicales particulières).