

# VOS FORMULES ET PRISES EN CHARGE EN DÉTAIL

Découvrez un contrat aux multiples possibilités, garanties et formules pour assurer à vos salariés et vous-même une mutuelle à la hauteur des exigences de votre métier.




























Les remboursements mentionnés dans la grille s'appliquent dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés et sous réserve de déclaration d'un médecin traitant. Ils comprennent la part de la Sécurité sociale et interviennent dans la limite des frais réellement engagés.

**Formule F1**

**Formule F2**

**Formule F3**

 Garantie supérieure à ce que propose la CCN

<b>HOSPITALISATION (y compris maternité et psychiatrie) en établissement conventionné ou non</b>			
Frais de séjour	175% BR	300% BR 	500% BR 
Honoraires praticiens adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1) (2)</sup>	195% BR	300% BR 	525% BR
Honoraires praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1) (2)</sup>	175% BR	200% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Chambre particulière (secteur conventionné) y compris ambulatoire.	45 € / jour	75 € / jour 	130 € / jour
Lit d'accompagnant (secteur conventionné).	45 € / jour	60 € / jour	130 € / jour
Allocation maternité ou adoption - par enfant (doublée en cas de naissances multiples)	100 € 	200 € 	400 €
<b>SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non</b>			
<b>HONORAIRES MÉDICAUX : consultations et visites</b>			
Généralistes adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100% BR	250% BR 	470% BR 
Généralistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100% BR	200% BR 	200% BR
Spécialistes adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	195% BR	300% BR 	470% BR 
Spécialistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	175% BR	200% BR	200% BR
<b>HONORAIRES MÉDICAUX : actes de spécialités et de petite chirurgie (réalisés en cabinet)</b>			
Praticiens adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	150% BR	250% BR 	470% BR 
Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	130% BR	200% BR 	200% BR
<b>HONORAIRES DE RADIOLOGUES : actes d'imagerie et d'échographie</b>			
Praticiens adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100% BR	250% BR 	470% BR 
Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée <sup>(1)</sup>	100% BR	200% BR 	200% BR
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes - orthésistes</b>	100% BR	250% BR 	300% BR 
<b>CONSULTATIONS DE PSYCHOLOGUES</b> remboursées par la Sécurité Sociale (dispositif Mon soutien psy) Dans la limite de 12 séances par année civile et par bénéficiaire	100% BR	100% BR	100% BR
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>	100% BR	250% BR 	300% BR 
<b>MÉDICAMENTS : tous les médicaments prescrits remboursés par la Sécurité sociale</b> (y compris les honoraires de dispensation)	100% BR	100% BR	100% BR
<b>TRANSPORT SANITAIRE pris en charge par la Sécurité sociale : ambulance, taxi conventionné, hors SMUR<sup>(3)</sup></b>	100% BR	100% BR	100% BR
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b> (dispositifs médicaux, produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion des dispositifs médicaux intégrés dans d'autres postes).	175% BR	200% BR	350% BR
<b>DENTAIRE</b>			
<b>SOINS DENTAIRES remboursés par la Sécurité sociale : soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie</b>			
Sans dépassement d'honoraires	100% BR	200% BR	200% BR
Avec dépassement d'honoraires	150% BR	200% BR	200% BR
 <b>PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ</b> (telles que définies réglementairement)	100% frais réels dans le respect des honoraires limites de facturation		
<b>PROTHÈSES DENTAIRES à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres</b> (remboursements plafonnés aux honoraires limites de facturation dans le cadre du tarif maîtrisé)	Dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire. Au delà, remboursement limité à 125% BR		
Prothèses (dents du sourire) <sup>(4)</sup> à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres, y compris prothèses sur implants	250% BR	300% BR	550% BR
Prothèses (dents de fond de bouche) <sup>(5)</sup> à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres, y compris prothèses sur implants	175% BR	300% BR 	500% BR 
Inlays-core à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres	150% BR	300% BR 	500% BR 
Inlays-onlays à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres	150% BR	200% BR	250% BR
<b>PROTHÈSES DENTAIRES non remboursées par la Sécurité sociale</b>	150€ / an	320€ / an 	430€ / an 
<b>ORTHODONTIE</b>			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (par semestre de traitement et par bénéficiaire)	250% BR	350% BR 	450% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (BR reconstituée sur la base de TO90). Par semestre de traitement et par bénéficiaire.	-	250% BR	350% BR
<b>AUTRES ACTES DENTAIRES non remboursés par la Sécurité sociale</b>			
Parodontologie (par an et par bénéficiaire)	-	200€ / an	300€ / an
Implantologie (racine et pilier implantaire - par an et par bénéficiaire)	500€ / an	500€ / an	800€ / an

**OPTIQUE** (Remboursement limité à 1 équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, auxquels cas la limitation est d'un équipement par an)

**EQUIPEMENTS OPTIQUES 100% SANTÉ Adulte/Enfant** (tels que définis réglementairement)



Verres quel que soit le niveau de la correction  
Prestation d'appairage et prestation d'adaptation de l'ordonnance en cas de renouvellement

100% Frais Réels dans le respect des Prix Limites de vente



Monture

100% Frais Réels dans la limite de 30 €

**EQUIPEMENT À PRIX LIBRE : Adulte/Enfant**

Deux verres simples	170 € +	200 € +	320 € +
Un verre simple et un verre complexe	225 € +	265 € +	460 € +
Deux verres complexes	280 € +	330 € +	600 € +
Un verre simple et un verre très complexe	245 € +	325 € +	510 € +
Un verre complexe et un verre très complexe	300 € +	390 € +	650 € +
Deux verres très complexes	320 € +	450 € +	700 € +
Monture	80 €	100 €	100 €
Prestation d'adaptation de l'ordonnance en cas de renouvellement	100% BR	100% BR	100% BR
<b>LENTILLES prescrites</b> remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables). Lorsque le plafond du forfait est atteint, la mutuelle continue de rembourser 100% BR, remboursement Sécurité sociale inclus.	85 € / an	150 € / an +	350 € / an
<b>CHIRURGIE RÉFRACTIVE</b> (par bénéficiaire)	600 € / oeil	700 € / oeil	1000 € / oeil

**AIDES AUDITIVES** Remboursement limité à un équipement tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition.



**EQUIPEMENTS 100% SANTÉ** (tels que définis réglementairement) : adulte ou enfant

100% Frais Réels dans le respect des prix limites de vente

**EQUIPEMENT À PRIX LIBRE**

Aide auditive adulte à partir de 21 ans (par oreille)	60% BR* + 560 €	60% BR* + 600 €	60% BR* + 1000 €
Aide auditive enfant jusqu'à 20 ans inclus ou personne atteinte de cécité (par oreille)	60% BR* + 560 €	60% BR* + 600 €	60% BR* + 860 €
Accessoires (piles) remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

**AUTRES SOINS ET PREVENTION** (les forfaits en euros s'entendent par bénéficiaire)

<b>Médecines douces</b> : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue (sur présentation d'une facture originale)	30 € / séance Limite de 2 séances / an	40 € / séance Limite de 3 séances / an	50 € / séance Limite de 5 séances / an
<b>Ostéodensitométrie osseuse</b> (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	-	100 € / an
<b>Compléments diététiques non remboursés par la Sécurité sociale</b> (sur prescription d'un médecin et présentation d'une facture acquittée)	-	-	60 € / an
<b>Sevrage tabagique</b> (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	50 € / an +	100 € / an
<b>Contraception féminine</b> (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	-	100 € / an
<b>Vaccin antigrippal</b> (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	-	Frais réels limités à 70 €
<b>Vaccins prescrits non remboursés</b> (sur présentation d'une facture acquittée)	-	-	100 € / an
<b>Tous les actes de prévention du contrat responsable</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR

**LES SERVICES +**

<b>Tiers payant national Plan Santé</b>			
<b>Accès aux réseaux de professionnels de santé Itelis</b> (opticiens, centres de chirurgie réfractive, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes)			
<b>Assistance Vie quotidienne</b>			
<b>Protection juridique médicale</b>	OUI	OUI	OUI
<b>Téléconsultation médicale illimitée</b>			
<b>Action sociale</b>			
<b>Catalogue de vacances « BTP Vacances »</b>			

Définition BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale sur laquelle est calculé le montant du remboursement. En secteur non conventionné, le tarif d'autorité ou le tarif en vigueur est appliqué (tarif forfaitaire très inférieur au tarif de convention).

(1) Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée au sens de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique). (2) Y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds. (3) SMUR : Service Médical d'Urgence Régional : il s'agit d'une organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(4) Dents du sourire : Il s'agit des dents n°11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44. (5) Dents de fond de bouche : Il s'agit des dents n°15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48. \*60% BR pour les assurés relevant du Régime Général et 90% BR pour les assurés relevant du régime Alsace-Moselle.