

	<b>Garanties Frais de Santé 2024</b>  <b>Contrat Solidaire et Responsable</b>	Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		<b>TOTAL</b> Y compris Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)
			Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>SOINS COURANTS - HONORAIRES MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX</b>					
Consultations, visites : généralistes (dont télésurveillance médicale)					
	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70% ou 60%	30% ou 40%	300%	400%
	Autres praticiens	70% ou 60%	30% ou 40%	100%	200%
Consultations, visites : spécialistes (dont télésurveillance médicale)					
	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70% ou 60%	30% ou 40%	300%	400%
	Autres praticiens	70% ou 60%	30% ou 40%	100%	200%
	Actes de sages-femmes		30%	-	100%
	Auxiliaires médicaux, y compris psychologue dans le dispositif MonPsy	60%	40%	-	100%
	Ambulances, véhicules sanitaires légers ...	55%	45%	-	100%
<b>SOINS COURANTS - MÉDICAMENTS</b>					
	Médicaments à SMR important	65%	35%	-	100%
	Médicaments à SMR modéré	30%	70%	-	100%
	Médicaments à SMR faible	15%	0%	-	15%
	+ Forfait supplémentaire Médicaments non remboursés par le RO (1)(2)	-	-	250 € / AN	250 € / AN
SMR : Service Médical Rendu (1) Médicaments référencés sur le site <a href="http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr">http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr</a> (2) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et de l'ordonnance du praticien					
<b>SOINS COURANTS -ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>					
Actes techniques médicaux et d'échographie					
	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	30%	300%	400%
	Autres praticiens	70%	30%	100%	200%
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée					
	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	30%	300%	400%
	Autres praticiens	70%	30%	100%	200%
	Examens de laboratoires	60%	40%	-	100%
	Amniocentèse (sous conditions) (3)(4)	-	-	Frais réel	Frais réel
	Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO - Forfait annuel (5)	-	-	50 € / AN	50 € / AN
	Bilan psychomoteur ou séance en cabinet libéral (5)	-	-	300 € / AN	300 € / AN
(3) Intervention pratiquée sur adhérente de 35 ans et plus. (4) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du décompte de la sécurité sociale. (5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.					
<b>SOINS COURANTS - MATÉRIEL MÉDICAL</b>					
	Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	60%	40%	-	100%
	+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux	-	-	150 € / AN	150 € / AN
	Gros matériel orthopédique et grand appareillage acceptés par le RO	60%	40%	-	100%
	+ Forfait gros matériel orthopédie et grand appareillage	-	-	150 € / AN	150 € / AN
	Prothèses mammaires (4)	60%	40%	-	100%
	+ Forfait prothèse mammaire	-	-	150 € / AN	150 € / AN
	Prothèses capillaires (4)	60%	40%	-	100%
	+ Forfait prothèse capillaire	-	-	150 € / AN	150 € / AN
(4) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du décompte de la sécurité sociale.					
<b>AIDES AUDITIVES</b>					
	Équipement 100 % Santé (6) (7)				100 % Santé
	Équipement à tarif libre (6) (7)	60%	40%	-	100%
	+ Forfait supplémentaire (hors piles et accessoires) (6) (7)	-	-	700 € / Appareil	700 € / Appareil
	Piles et accessoires	60%	40%	-	100%
	+ Forfait supplémentaire pour piles et accessoires (5)	-	-	70 € / AN	70 € / AN
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation. (7) Un équipement est composé d'un appareillage par oreille. Prise en charge limitée, par oreille, à une aide auditive par période de 4 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.					
<b>HOSPITALISATION</b>					
	Frais de séjour (*)	80% ou 100%	20% ou 0%	-	100%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)					
	Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20% ou 0%	300%	400%
	Autres praticiens	80% ou 100%	20% ou 0%	100%	200%
	Ambulances, véhicules sanitaires légers ...	55% ou 100%	45% ou 0%	-	100%
	Forfait journalier hospitalier	-	-	Frais réel	Frais réel
Chambre particulière avec nuitées (8)					
	Chirurgie, en illimitée	-	-		
	Médecine, limitée à 60 nuits / an	-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit
	Psychiatrie, rééducation et convalescence limitée à 45 nuits / an	-	-		
	Chambre particulière en ambulatoire (8) (9)	-	-	20 € / Jour	20 € / Jour
	Frais accompagnant (10)	-	-	30 € / Jour	30 € / Jour
(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : cures médicales en établissements de personnes âgées, ateliers thérapeutiques, instituts ou centres médicaux à caractère éducatif psycho-pédagogique et professionnel, centres de rééducation professionnelle, services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. La chirurgie esthétique, à l'exception des actes pris en charge par les régimes obligatoires, ne donne pas lieu à prise en charge par la mutuelle. (8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (9) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. (10) Hospitalisation enfant de -16 ans dans la limite de 30 jours an et /bénéficiaire. Hospitalisation adulte uniquement en chirurgie dans la limite de 6 jours /an et /bénéficiaire. Concerne uniquement les frais de repas et/ou 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. Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du bulletin d'hospitalisation.					

	Garanties Frais de Santé 2024  Contrat Solidaire et Responsable	Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		TOTAL Y compris Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)
			Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>MATERNITÉ</b>					
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique					
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100%	-	300%	400%
Autres praticiens		100%	-	100%	200%
Chambre particulière avec nuitées (8) (11)		-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit
Indemnité de naissance (12)		-	-	250 €	250 €
(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (11) Chambre particulière : prise en charge limitée à 45 nuitées par année civile et par bénéficiaire. (12) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date. Sur présentation de la copie du bulletin de naissance ou d'adoption et ou du livret de famille.					
<b>OPTIQUE</b>					
Equipement 100 % Santé (13) (14) (15)					
Monture					100 % Santé
Par verre hors réseau ou dans le réseau					100 % Santé
Equipement à tarif libre hors réseau ou dans le réseau (13) (14) (15) (16)					
Monture		60%	40%	99,95 €	100 % + 99,95 €
Par verre hors réseau ou dans le réseau					
- Simple		60%	40%	100 €	100 % + 100 €
- Complexe		60%	40%	180 €	100 % + 180 €
- Très complexe		60%	40%	250 €	100 % + 250 €
Adaptation de la correction effectué par l'Opticien		60%	40%	-	100%
Verres avec filtres		60%	40%	-	100%
Autres suppléments ( prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)		60%	40%	-	100%
Lentilles de vues acceptées par le RO		60%	40%	250 € / AN	100 % + 250 € / AN
Lentilles de vues refusées par le RO (5)		-	-	200 € / AN	200 € / AN
Actes de chirurgie des yeux non remboursés par le RO (5) (17)		-	-	400 € / Œil / AN	400 € / Œil / AN
Pose implant intraoculaire non remboursé par le RO (5) (17)		-	-	200 € / Œil / AN	200 € / Œil / AN
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (13) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (14) 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. (15) 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). (16) - 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 égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) 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. (17) Actes de chirurgie des yeux (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.					
<b>DENTAIRE</b>					
Soins		60%	40%		100%
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé					
Soins et Prothèses dentaires à tarif maîtrisés hors réseau ou dans le réseau					
Prothèses Fixes Visibles (Incisive, Canine et Prémolaires)		60%	40%	300%	400%
Prothèses Fixes Non Visibles (Molaires)		60%	40%	250%	350%
Inlay-Core		60%	40%	100%	200%
Prothèse transitoire		60%	40%	200%	300%
Inlay onlay		60%	40%	200%	300%
Prothèse amovibles		60%	40%	250%	350%
Soins et prothèses dentaires à tarifs libres					
Prothèses Fixes Visibles (Incisive, Canine et Prémolaires)		60%	40%	300%	400%
Prothèses Fixes Non Visibles (Molaires)		60%	40%	250%	350%
Inlay-Core		60%	40%	100%	200%
Prothèse transitoire		60%	40%	200%	300%
Inlay onlay		60%	40%	200%	300%
Prothèse amovibles		60%	40%	250%	350%
Actes et prothèses dentaires HN ou NR (5) (18)		-	-	75 € / Acte	75 € / Acte
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire		60% ou 100%	40% ou 0%	200%	300%
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (5)		-	-	300 € / AN	300 € / AN
Parodontologie (5) (19)		-	-	500 € / AN	500 € / AN
Implantologie (5) (20)		-	-	600 € / Implant	600 € / Implant
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (18) Prise en charge limitée à 4 actes ou prothèses dentaires HN (Hors Nomenclature) ou NR (Non Remboursable) par année civile et par bénéficiaire. (19) Inclus la greffe osseuse. (20) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire.					

	<b>Garanties Frais de Santé 2024</b>  <b>Contrat Solidaire et Responsable</b>	Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		<b>TOTAL</b> Y compris Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)
			Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>CURES THERMALES</b>					
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier		65% ou 70%	35% ou 30%	-	100%
+ Forfait supplémentaire pour hébergement ou frais de transport (21)		-	-	200 € / AN	200 € / AN
(21) Pour les frais de transport : formulaire à récupérer à la mutuelle sur simple demande					
<b>MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES</b>					
Acupuncture; Chiropractie; Diététique; Etiopathie; Homéopathie; Hypnothérapie; Méthodes Mézières; Naturopathie; Neuropsychologie; Nutritionniste; Ostéopathie; Pédicurie; Podologie; Psychologie; Thérapie EMDR. (5) (22) (23)		-	-	50 € / Séance	50 € / Séance
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (22) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire. (23) Non pris en charge par le régime obligatoire. 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°FINISS et/ou le N° ADELI et/ou le N°RPPS du professionnel concerné.					
<b>PRÉVENTION</b>					
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13/08/2004		60% ou 70%	40% ou 30%	-	100%
Vie sans tabac : Sevrage tabagique (24)		-	-	50 € / AN	50 € / AN
Vaccin anti-grippal (5)		-	-	Frais réel	Frais réel
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (24) Prise en charge des substitutifs nicotiques sur prescription médicale après intervention du régime obligatoire.					
<b>GARANTIE SUPPLÉMENTAIRE</b>					
Participation aux frais d'obsèques (25)		-	-	250 €	250 €
(25) En cas de décès de l'adhérent ou de son ayant droit couvert par la mutuelle. Sur présentation du bulletin de décès, de la facture acquittée des frais d'obsèques.					
<b>La téléconsultation médicale : MesDocteurs, consultez un médecin, en direct 24h/24 et 7/7</b>					
Le service de téléconsultation « MesDocteurs » est sans rendez-vous, il permet de vous mettre en relation avec des médecins généralistes et spécialistes (dermatologues, gynécologues, dentistes, ophtalmologues, psychiatres) et des sages-femmes inscrits à leur conseil de l'ordre si votre médecin de proximité n'est pas disponible. Dans le cadre de cette consultation réalisée à distance le médecin peut émettre une ordonnance (hors arrêt de travail, médicament à prescription restreinte, dispense sportive) s'il l'estime nécessaire (certaines prescriptions définies dans les conditions générales du service sont exclues).					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès direct à un médecin à tout moment, 7 jours sur 7 et 24h sur 24 même les jours fériés</li> <li>• 100 % confidentiel et sécurisé</li> <li>• Tchat, visio ou audio : c'est vous qui choisissez !</li> <li>• 100 % pris en charge par la mutuelle</li> </ul>					
Le service de téléconsultation « MesDocteurs » n'a pas pour objet de remplacer les consultations avec le médecin traitant et ne correspond pas à un service d'urgence. En cas d'urgence, contactez le 15 ou le 112 (numéro d'urgence européen).					
<b>MUTUELLE DÉPÊCHE ASSISTANCE - 09 69 32 11 69 (appel non surtaxé)</b>					
A S S I S T A N C E	Ecoute, conseil & orientation (24/7)		Service dédié aux bénéficiaires pour apporter un soutien à chaque moment important de la vie.		
	Accompagnement psycho-social illimité		Le soutien est réalisé par des psychologues, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels.		
	Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation dès l'ambulatoire, de maternité, de traitement anticancéreux et d'immobilisation prévue et imprévue		10 heures d'aide à domicile		
	Prestations complémentaires et spécifiques aux aidants		Bilan psycho-social de la situation. Assistance préventive pour l'aidant. Assistance en cas de situation de crise. Fin de la situation d'aidant		
Protection juridique santé		Prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi.			
<b>Assistance soumise à conditions. Voir détail sur la notice d'information téléchargeable sur <a href="http://www.mutuelle-depeche.fr">www.mutuelle-depeche.fr</a> ou appeler au 09 69 32 11 69</b>					
<b>* CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE</b>					
- 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 au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008), déduction des franchises médicales (Décret n°2007-1937 du 26/12/2007). - La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle. - Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.					

	<b>Garanties Frais de Santé 2024</b>  <b>Contrat Solidaire et Responsable</b>	Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		<b>TOTAL</b> Y compris Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)
			Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>Mieux comprendre ses garanties - Lexique</b>					
<p><b>Dépassement d'honoraires.</b> Surcoût correspondant à la différence entre les tarifs pratiqués par certains professionnels de santé et les tarifs conventionnels fixés par l'Assurance maladie.</p>					
<p><b>Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.</b> L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2. Pour savoir si son médecin est signataire de ce dispositif, il y a 2 possibilités : Poser directement la question à son praticien OU consulter l'annuaire santé de l'Assurance maladie (<a href="http://annuaire.sante.ameli.fr/">http://annuaire.sante.ameli.fr/</a>). Pour chaque praticien conventionné secteur 2, le site indique s'il est signataire ou non.</p>					
<p><b>Frais réels.</b> C'est le montant total engagé par un assuré pour ses frais de santé. Une partie est prise en charge par la Sécurité Sociale, l'autre part est remboursée par la mutuelle selon les garanties souscrites. Une dernière partie reste éventuellement à la charge de l'assuré, c'est le « reste à charge ». Dans tous les cas, les remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle ne peuvent être supérieurs aux dépenses engagées.</p>					
<p><b>Garanties exprimées en pourcentage.</b> Pour les remboursements exprimés en pourcentage, le remboursement ne se calcule pas selon le prix pratiqué par le professionnel de santé, mais selon une base donnée par la Sécurité Sociale : la base de remboursement (BR). Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-dessus de garanties correspondent au remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle. Ainsi, un remboursement à 100% signifie que le remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle sera égal à la base de remboursement. Si votre praticien procède à des dépassements d'honoraires, ceux-ci ne seront pas forcément remboursés et resteront à votre charge. Un remboursement à 200% signifie que le remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle sera égal à 2 fois la base de remboursement.</p>					
<p><b>Parcours de soin.</b> Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le Régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par la mutuelle.</p>					
<p><b>Ticket modérateur.</b> Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré, une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part.</p>					
<p><b>Participation forfaitaire.</b> Contribution financière d'un montant de 1 € qui s'applique, pour tout assuré, à chaque consultation ou acte médical. Le montant cumulé est plafonné à 50 € par an.</p>					
<p><b>Reste à charge.</b> Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré, une fois que l'Assurance maladie et la complémentaire ont remboursé leur part.</p>					
<p><b>Tiers payant.</b> Sur présentation de sa carte de tiers payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est directement remboursé par la mutuelle.</p>					
<p><b>QU'EST-CE QUE LE "100 % SANTÉ" ?</b> Le dispositif dit "100 % Santé" a pour objectif de proposer un ensemble de prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, remboursées intégralement par le Régime obligatoire et les organismes de complémentaire santé proposant une offre répondant au cahier des charges du contrat responsable. Ce panier de prestations est fixé par la réglementation et a été défini par les professionnels de santé concernés (l'État, l'Assurance Maladie, les complémentaires santé et les fabricants des dispositifs) pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes des assurés. Les assurés sont libres de choisir entre les prestations proposées par l'offre 100 % Santé et les autres prestations. Pour les prestations appartenant à l'offre 100 % Santé, la dépense de l'assuré lui sera intégralement remboursée. Grâce à son contrat, il n'aura donc aucun reste à charge. Le contenu de l'offre 100 % Santé est présenté dans nos garanties de manière non exhaustive. Les prestations en dehors de l'offre 100 % Santé restent prises en charge au titre du contrat et conformément au tableau des garanties.</p>					
<b>Exemples de remboursements</b>					
<p>Exemple d'une consultation chez l'ophtalmologue, conventionné secteur 1, et ne pratiquant donc pas de dépassement d'honoraires. Le tarif est de 28 €. La sécurité sociale prendra en compte 70% de cette base, soit 19,60 € (auquel il faudra retirer 1€ au titre de la participation forfaitaire). La mutuelle prendra en compte le ticket modérateur soit 30% qui restent, à savoir 8,40 €. Le reste à charge pour l'adhérent sera de 0</p>					
<p>Exemple d'une consultation facturée 56 €, chez un ophtalmologue du secteur 2, et signataire de l'OPTAM, et pratiquant le dépassement d'honoraires. La sécurité sociale prendra en compte 70% du tarif de base (28€), soit 19,60 € (auquel il faudra retirer 1€ au titre de la participation forfaitaire). La mutuelle prendra en compte le ticket modérateur soit 30% qui restent, à savoir 8,40 € + le dépassement d'honoraire de 28 €. Le reste à charge pour l'adhérent sera de 0.</p>					
<p>Exemple d'une consultation facturée 75 € chez un ophtalmologue du secteur 2 et non signataire de l'OPTAM, et pratiquant le dépassement d'honoraires. Le remboursement de la sécurité sociale restera toujours le même (19,60 €) auquel il faudra retirer 1€ au titre de la participation forfaitaire. Le remboursement de la mutuelle sera limité à 130% du tarif de base, à savoir 36,40 €. Le reste à charge pour l'adhérent sera de 19 €.</p>					
<p><b>Pour les soins dentaires.</b> Le niveau de remboursement dépend de la prestation, du matériau utilisé et du niveau de garantie choisi. Demandez préalablement un devis à votre dentiste et communiquez-le à la mutuelle pour connaître à l'avance le montant de votre remboursement. Vous pouvez choisir le parcours de soins 100% Santé qui vise à garantir un accès à une offre sans reste à charge pour certains actes listés réglementairement. Ces actes doivent cependant répondre à une combinaison de critères pour figurer dans l'offre du panier « Reste à Charge Zéro » : type de prothèse, matériau, et localisation de la dent. Tous les soins et prothèses ne sont donc pas entièrement remboursés.</p>					
<p><b>Pour les soins Optique.</b> Le niveau de remboursement varie selon l'importance du défaut visuel et le niveau de complexité des verres. Pour connaître précisément le montant de votre remboursement, n'hésitez pas à demander un devis à votre opticien. Vous pouvez choisir le parcours de soins 100% Santé qui vise à garantir un accès à une offre sans reste à charge pour certains équipements. L'offre se décompose en deux « paniers » : le panier A qui est 100% remboursé et le panier B dont le remboursement dépend du niveau de garantie avec la mutuelle. Exemple : vous devez porter des lunettes et choisissez un équipement optique de classe B, monture + verres multifocaux (Prix moyen pratiqué : 525,00 €) • L'Assurance Maladie prendra en charge 0,09 € • La mutuelle prendra en charge pour la monture 100 € (remboursement maximum autorisé) pour les verres de type complexe 360,04 € • Votre reste à charge sera de 64,87 €</p>					
<p><b>Pour les frais Audio.</b> Vous pouvez choisir le parcours de soins 100% Santé (Classe 1) qui vise à garantir un accès à une offre sans reste à charge pour certains équipements. Les aides auditives seront intégralement prises en charge par votre contrat de complémentaire santé responsable. Ou vous pouvez choisir des aides auditives n'appartenant pas au panier 100% Santé (Classe 2) et dont les tarifs sont librement définis par l'audioprothésiste. <b>Exemple remboursement classe 1 :</b> vous avez besoin d'une aide auditive et vous choisissez un équipement de classe 1 (prix limite de vente par oreille : 950,00 €) • L'Assurance Maladie prendra en charge 240,00 € • La mutuelle prendra en charge 710 € • Votre reste à charge sera de 0 € <b>Exemple remboursement classe 2 :</b> vous avez besoin d'une aide auditive et vous choisissez un équipement de classe 2 (prix moyen pratiqué par oreille : 1 580,00 €) • L'Assurance Maladie prendra en charge 240,00 € • La mutuelle prendra en charge 860 € • Votre reste à charge sera de 480 €</p>					