



WEBINAIRE SANTE
18 octobre 2022

Mieux comprendre votre régime santé mutualisé

Webinaire dédié au Personnel des Greffes des
Tribunaux de commerce

Ne pas diffuser en externe

Sommaire

- 1. Votre contrat frais de santé**
- 2. Comment être bien remboursé ?**
- 3. Les services associés à votre contrat**



1. Votre contrat frais de Santé

C'est quoi un contrat frais de santé?

- un **contrat collectif et obligatoire**,
- souscrit par votre **employeur**,
- **au bénéfice de l'ensemble des salariés**,
- afin de couvrir partiellement ou totalement **leurs dépenses de santé non remboursées** par l'assurance maladie obligatoire.

Autrement dit, c'est un contrat qui vient compléter les remboursements de la Sécurité sociale et vous permet ainsi de réduire tout ou partie de votre reste à charge.

Un contrat qui rembourse vos dépenses de santé :

Hospitalisation

Consultations et
Soins médicaux

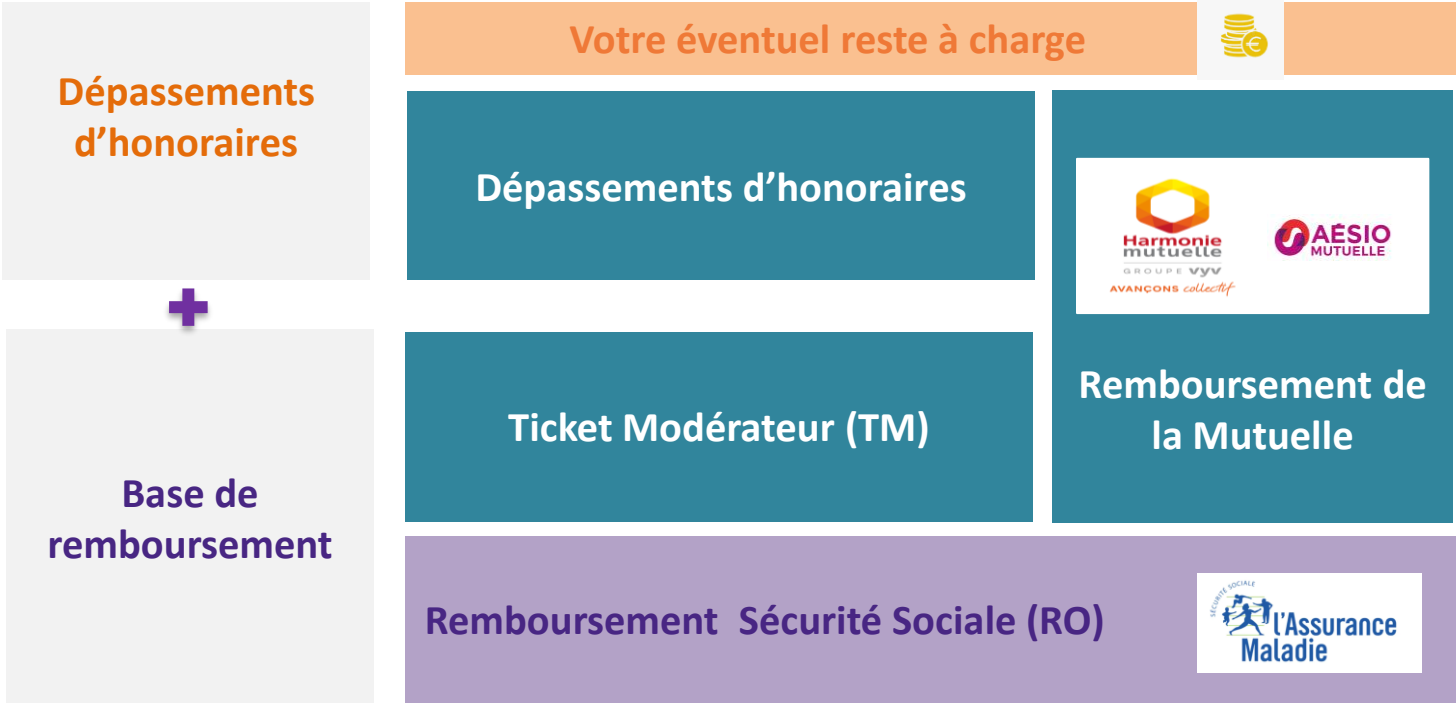
Médicaments
achetés en
pharmacie

Soins et
Prothèses
dentaires

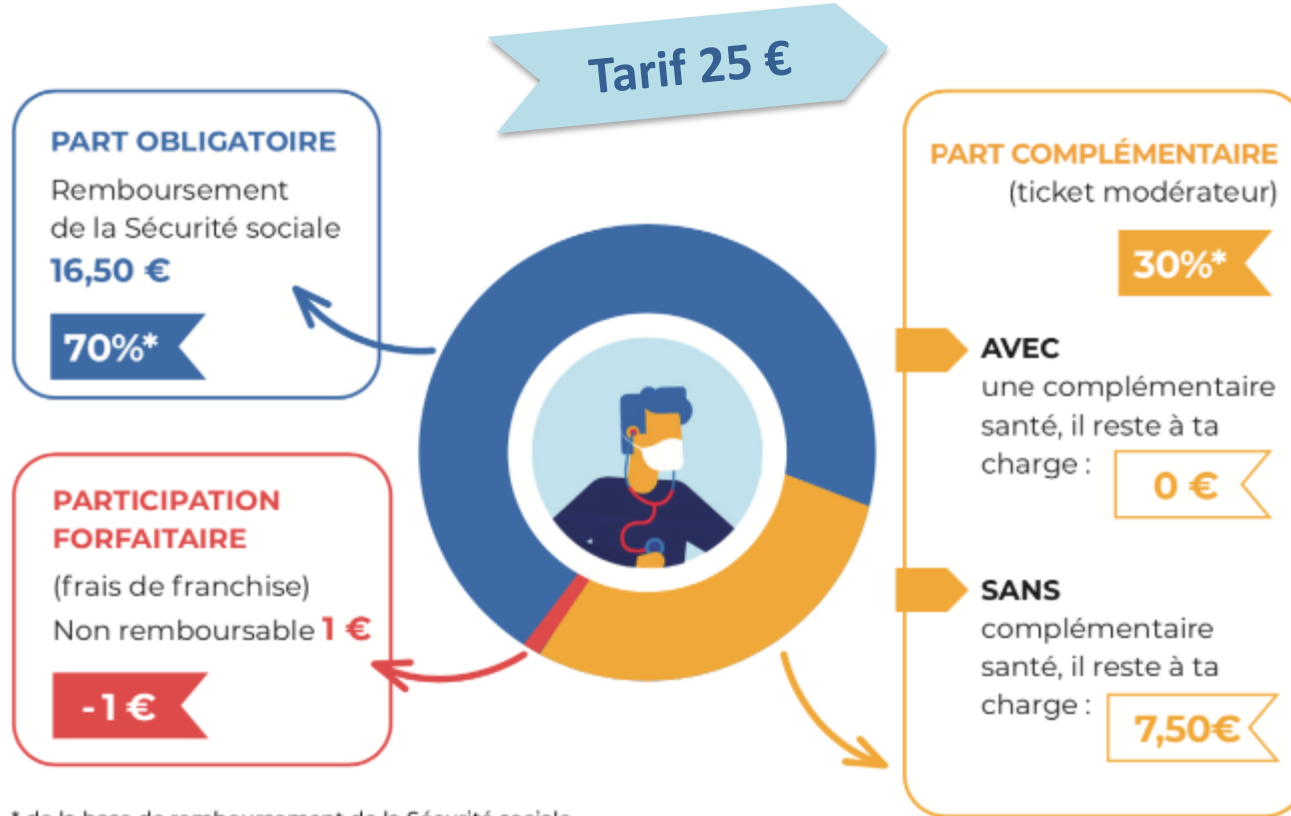
Optique

Appareils auditifs

Comment s'articule le remboursement d'une dépense de santé ?



Exemple d'une consultation chez votre médecin traitant généraliste:



* de la base de remboursement de la Sécurité sociale

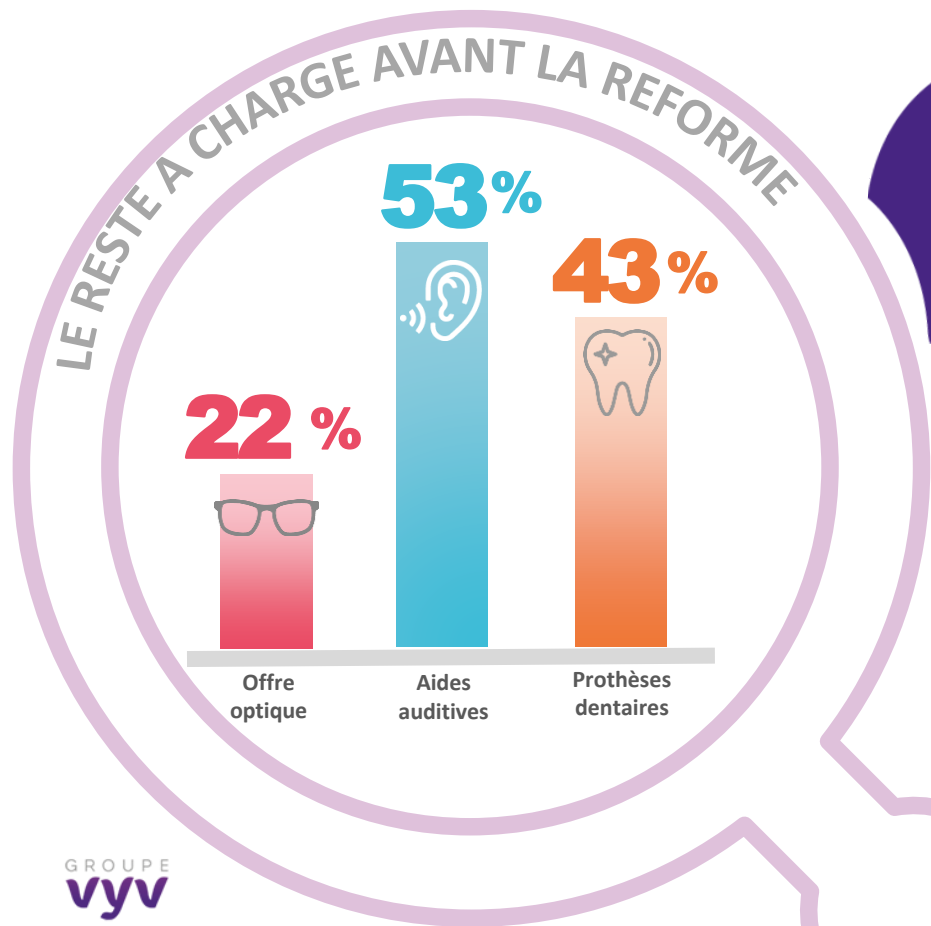
C'est quoi un contrat frais de santé?

- C'est également un **contrat qui doit répondre aux exigences réglementaires**, en particulier la réforme la plus récente, celle du **100% santé**.



Autrement dit, votre organisme assureur est tenu à respecter des minimas et des maximas de remboursement.

La réforme du 100% SANTE



Avant la réforme

60%
des
français



ont **repoussé** ou **renoncé** à l'un de ces soins
durant ces 5 dernières années

Offre 100 % SANTÉ



Couvrir les besoins de la population sur
ces 3 postes avec un reste à charge 0

C'est quoi le 100 % Santé ?

0 Reste A Charge

Depuis 2020, c'est une réforme majeure visant à **améliorer l'accès aux soins** en **optique, en dentaire et en audiologie**.



Accès aux soins

Un projet global d'amélioration de l'accès aux soins : actions de prévention, développement des coopérations entre professions médicales et paramédicales



Choix

Une liberté de choix préservée : possibilité de choisir des équipements différents à tarif libre



Qualité

Un panier d'équipement de qualité : les offres proposées s'adapteront aux évolutions techniques et aux besoins

Le 100% santé en optique

Classe A : des lunettes 100 % remboursées sans reste à charge (verres + monture)

EXEMPLE AU 1^{ER} JANVIER 2022

- 2 verres unifocaux de classe A (pour les ≥ 16 ans) dont la sphère est de - 4,00 à - 6,00 ou + 4,00 à + 6,00
- Monture de classe A (pour les ≥ 16 ans)
- Application par l'opticien des prix limites de vente pour cet équipement

	2 VERRES	1 MONTURE	TOTAUX
Prix limite de vente (PLV)	47,50 € par verre = 95,00 €	30 €	125 €
Base de remboursement (BR)	14,25 € par verre	9 €	-
Remboursement AMO * (= 60 % de la BR)	$(14,25 \times 2) \times 0,6$ = 17,10 €	$9 \times 0,6$ = 5,4 €	22,50 €
Remboursement AMC ** (= PLV - AMO)	$(47,50 \times 2) - 17,10$ = 77,90 €	$30 - 5,40$ = 24,60 €	102,50 €
Reste à charge (= Prix - AMO - AMC)	$95 - 17,10 - 77,90$ = 0 €	$30 - 5,40 - 24,60$ = 0 €	0 €

* AMO : assurance maladie obligatoire
** AMC : assurance maladie complémentaire

Classe B plus de choix mais avec un reste à charge

- Un équipement (verres + une monture) avec un reste à charge ou non suivant la garantie complémentaire santé.



Exemple issu de votre contrat (régime de base):

Optique	Prix moyen	Rembt Sécu	Rembt Mutuelle	Reste à charge
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	339,00 €	0,09 €	299,91 €	39,00 €

Le 100% santé en dentaire

LES 3 PANIERS

PANIER	HONORAIRES	PRISE EN CHARGE POUR LES PATIENTS
100 % SANTÉ	plafonnés	100 %
MAÎTRISÉ	plafonnés	partielle
LIBRE	libres	partielle

Honoraires limites de facturation

Honoraires libres

<https://www.youtube.com/watch?v=OFKLqz75obY>

Exemple issu de votre contrat (régime de base):

Dentaire	Prix moyen	Rembt Sécu	Rembt Mutuelle	Reste à charge
Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	537,48 €	84,00 €	180,00 €	273,48 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	84,00 €	180,00 €	273,48 €



LE SAVIEZ-VOUS ?

Désormais, les honoraires limites de facturation sont fixés en fonction :

- de l'acte;
- du matériau :
céramique-monolithique (zircone ou hors zircone), céramo-métallique, métallique, céramo-céramique, résine, composite;
- de la localisation des dents : incisive, canine, prémolaire, molaire.

Le 100% santé en audiologie



Deux classes pour ces dispositifs

CLASSE 1

Sans reste à charge

CLASSE 2

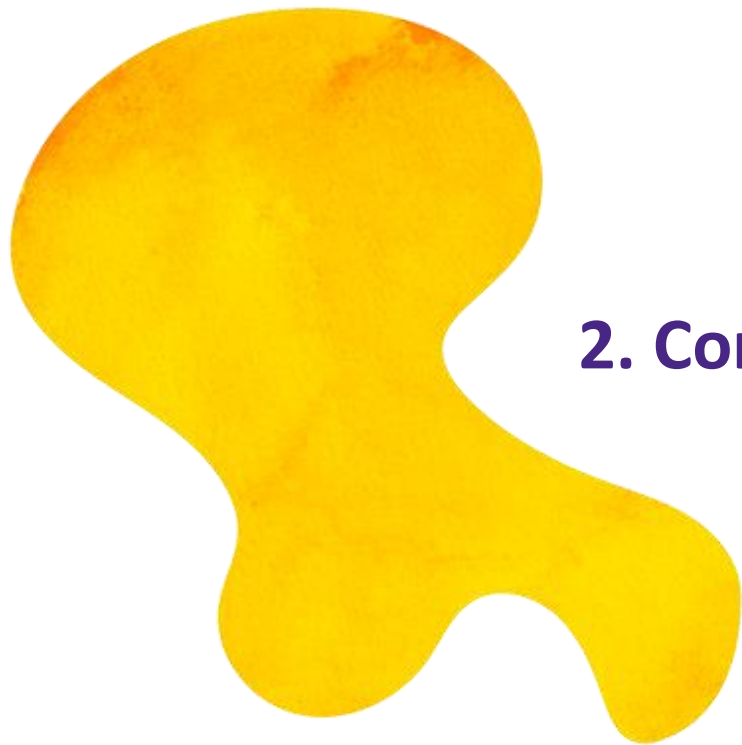
Prix libre

La prise en charge totale (régime obligatoire + régime complémentaire) sera pour la classe 2 limitée à 1 700 € par oreille dans le cadre des contrats responsables.

=> Pas de reste à charge sur l'aide auditive en classe 1.

Exemple issu de votre contrat (régime de base):

Aides auditives	Prix moyen	Rembt Sécu	Rembt Mutuelle	Reste à charge
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) > à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille > à 20 ans	1 476,00 €	240,00 €	800,00 €	436,00 €



2. Comment être bien remboursé?

Mes remboursements

CARTE VITALE TELETRANSMISSION CARTE MUTUALISTE TABLEAU DE GARANTIES FACTURE ET DEVIS

La carte Vitale justifie votre affiliation auprès d'une caisse de l'Assurance maladie.

Elle permet d'envoyer des informations sur le paiement de vos soins à l'Assurance maladie et à votre mutuelle grâce à la télétransmission. Votre remboursement en sera ainsi simplifié.



La mise à jour de votre carte Vitale est possible dans votre agence Harmonie Mutuelle ou en pharmacie.



Pour tout règlement de frais de santé, présentez votre carte Vitale au professionnel de santé.

Mes remboursements

CARTE VITALE TELETRANSMISSION CARTE MUTUALISTE TABLEAU DE GARANTIES FACTURE ET DEVIS

 **DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT**
(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

l'assuré(e) nom <i>(s'il y a lieu, du nom d'épouse)</i>	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
n° d'immatriculation	<input type="text"/>
le bénéficiaire nom <i>(s'il y a lieu, du nom d'épouse)</i>	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
date de naissance	<input type="text"/>
adresse de l'assuré(e)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

ALERTE REMBOURSEMENT !!

Si vous n'avez pas choisi de médecin traitant, vous conservez un libre accès aux soins mais **vos consultations seront alors moins bien remboursées par la Sécurité sociale.**

Il en va de même si vous allez consulter directement un spécialiste qui pourra appliquer un dépassement d'honoraires qui ne sera pas pris en charge dans le remboursement de la Sécurité sociale.

Connectez-vous sur www.ameli.fr pour communiquer ou mettre à jour votre déclaration de choix de médecin traitant.

Mes remboursements

CARTE VITALE TELETRANSMISSION CARTE MUTUALISTE TABLEAU DE GARANTIES FACTURE ET DEVIS

La télétransmission est un échange informatique entre votre Caisse d'Assurance Maladie (régime obligatoire) et La mutuelle.

Elle vous dispense de nous envoyer vos décomptes de remboursements.

Exemple : Après votre rendez-vous chez votre médecin généraliste, plus besoin d'envoyer quelconque document. Votre médecin, ameli et Harmonie Mutuelle s'en chargent pour vous.



Pour avoir une indication plus précise du délai de traitement estimé, rendez-vous sur votre compte ameli :
→ **Mes démarches/consulter les délais de traitement de sa Sécurité sociale.**



Voici le détail des versements vous concernant pour la période du 01/01/2014 au 31/01/2014 .
Ces informations ont été directement transmises par votre caisse d'assurance maladie à votre organisme complémentaire HARMONIE MUTUELLE . En conséquence, vous n'avez pas besoin de lui envoyer ce relevé.

pour information		montant payé	base du rembours.	taux	montant versé
dates	nature des prestations				
	pour MATHILDE né(e) le 27/04/1982 malade				



Pour vérifier que la télétransmission fonctionne bien, ou pour consulter vos remboursements régime obligatoire, RDV sur votre compte ameli.fr

Mes remboursements

CARTE VITALE TELETRANSMISSION CARTE MUTUALISTE TABLEAU DE GARANTIES FACTURE ET DEVIS

La carte mutualiste justifie votre adhésion auprès d'Harmonie Mutuelle et vous permet de bénéficier du tiers payant.

Le tiers payant vous évite d'avancer les frais auprès de nombreux professionnels de santé ou à la pharmacie par exemple.



Pour bénéficier du tiers payant, présentez votre carte mutualiste aux professionnels de santé





Retrouvez votre carte mutualiste sur votre **Espace perso** et dans votre appli **Harmonie & Moi !**



Mes remboursements

CARTE VITALE TELETRANSMISSION CARTE MUTUALISTE TABLEAU DE GARANTIES FACTURE ET DEVIS

CCN GREFFES DES TRIBUNAUX DE COMMERCE			
  AVANCONS collectif			
PRESTATIONS EN VIGUEUR (y compris Régime Obligatoire)	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
Régime général			
SOINS COURANTS			
Soins médicaux et paramédicaux			
Consultations, visites : généralistes	170 %	270 %	470 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	160 %	260 %	200 %
- Autres praticiens	270 %	370 %	370 %
Consultations, visites : spécialistes	200 %	300 %	300 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 %	270 %	270 %
- Autres praticiens	370 %	370 %	370 %
Actes de sages-femmes	160 %	160 %	260 %
Audioprothèse médicale : infirmier(e)s, kinésithérapeute(s)...	160 %	160 %	260 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers	100 %	165 %	265 %
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)			
Médicaments à SMR important	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR modéré	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR faible	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens			
Actes techniques médicaux			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	270 %	370 %	370 %
- Autres praticiens	300 %	300 %	300 %
Actes techniques d'échographie	170 %	170 %	270 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	160 %	160 %	260 %
- Autres praticiens	270 %	270 %	270 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée	170 %	170 %	270 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	160 %	160 %	260 %
- Autres praticiens	270 %	270 %	270 %
Examens de laboratoires	100 %	100 %	200 %
Appareillages et accessoires médicaux			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	360 %	360 %	360 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	300 %	300 %	400 %
AIDES AUDITIVES			
Équipement 100 % Santé ¹⁰	Some reste à charge	Some reste à charge	Some reste à charge
Équipement à tarif libre ¹¹	300 %	200 %	300 %
100 %	100 %	100 %	
<small>(10) Si le prix est inférieur au montant de la prestation, le patient est remboursé à hauteur du prix de la prestation. (11) L'équipement est composé d'un appareil par oreille. Prix en charge brut, par chaque oreille, à une seule adresse par période de quatre à six mois. Le patient est remboursé à hauteur de son investissement de l'achat de l'audifone.</small>			
CURES THERMALES			
Frais de cure (surveillance médicale, soins)	100 %	100 %	100 %
hors milieu hospitalier	-	20 % du PMAE/An	25 % du PMAE/An
Forfait supplémentaire	-	100 %	100 %
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	300 %	400 %	500 %
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 %	200 %	200 %
- Autres praticiens	100 %	165 %	265 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %	165 %	265 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec salle ¹²	1.50 € du PMAE/jour	2.00 € du PMAE/jour	4 % du PMAE/jour
Chambre particulière en ambulatoire ¹³	1.50 € du PMAE/jour	2.00 € du PMAE/jour	4 % du PMAE/jour
Chambre d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans	20 €/jour	20 €/jour	30 €/jour

Le tableau de vos garanties, issu de votre notice d'information, vous a été remis par votre employeur lors de votre affiliation.

Il recense toutes les prestations dont vous bénéficiez.



Mes remboursements

CARTE VITALE TELETRANSMISSION CARTE MUTUALISTE TABLEAU DE GARANTIES FACTURE ET DEVIS

Pour obtenir une estimation de remboursement ou pour être remboursé, transmettez-nous vos devis et factures :



Grâce à l'Appli Harmonie & Moi

en les prenant en photo ou en les téléchargeant directement depuis votre smartphone.



Via votre Espace perso

Rubrique:
> Démarches en ligne > Envoyer des documents
Afin de garantir le bon traitement de vos pièces, veuillez à respecter les recommandations listées sur l'espace perso.



Par Courrier

à l'adresse postale indiquée sur votre carte mutualiste.



Les avantages de votre Mutuelle

RESTE A CHARGE LIMITE



Un réseau de partenaires en optique, audio, dentaire et ostéopathie

En consultant nos professionnels de santé partenaires, bénéficiez :

- ✓ de réductions sur des soins coûteux et peu remboursés par le Régime Obligatoire (exemple : jusqu'à - 40 % sur les verres chez nos opticiens partenaires) ;
- ✓ de prestations et des services de qualité, respectant une charte éthique de bonnes pratiques ;
- ✓ une réponse immédiate aux demandes de prise en charge ;
- ✓ pas d'avance de frais, grâce au tiers payant systématique.



Des établissements conventionnés

En choisissant un établissement conventionné, bénéficiez :

- ✓ de dépassements d'honoraires contenus ;
- ✓ de la prise en charge intégrale du supplément de la chambre particulière (selon garantie) ;
- ✓ d'aucune avance de frais.



L'évolution de mon contrat

CHANGEMENTS DE SITUATION



Du nouveau dans votre famille

Transmettez-nous selon la situation :

✔ **Naissance ou adoption**

Une copie d'extrait d'acte de naissance, d'adoption.
Une copie de l'attestation de Sécurité sociale où figure la nouvelle personne rattachée au contrat.
L'avenant au contrat remis par votre conseiller, si vous l'avez souscrit à titre individuel, complété et signé.

✔ **Mariage, PACS, concubinage**

Mandat SEPA (sauf si des cotisations sont déjà prélevées sur compte bancaire).

✔ **Enfant à charge jusqu'à 28 ans**

À partir du 21^e anniversaire, transmettre un justificatif de l'enfant à charge tous les ans (certificat de scolarité, carte d'étudiant, avis d'imposition...) dans les 2 mois qui suivent le courrier de la mutuelle.

Si le contrat a été souscrit par votre employeur, les justificatifs sont à transmettre via le correspondant mutuelle de votre entreprise.



Un changement administratif

Transmettez-nous selon la situation :

✔ **Déménagement**

Votre nouvelle adresse via votre Espace perso ou par téléphone ou par courrier.

✔ **Compte bancaire**

Un RIB et une demande écrite, via votre Espace perso ou par courrier, pour recevoir vos remboursements sur votre nouveau compte.

✔ **Centre de Sécurité sociale**

Une copie de la nouvelle attestation de carte Vitale.



Mon espace perso et mon appli Harmonie&Moi

LE REFLEXE SIMPLICITE



Retrouvez votre carte mutualiste

Et présentez-la directement aux professionnels de santé.



Envoyez tous vos documents

Faites-nous parvenir plus facilement vos justificatifs en les téléchargeant ou en les prenant en photo depuis l'application Harmonie & Moi.



Suivez et gérez votre contrat et vos remboursements

Consultez vos dépenses de santé et vos remboursements, gérez vos informations personnelles.



Géolocalisez vos professionnels de santé

Retrouvez facilement nos opticiens, dentistes, audioprothésistes et ostéopathes partenaires près de chez vous, grâce à notre service de géolocalisation.



UNIQUEMENT DEPUIS L'APPLI

Contactez-nous plus facilement

Besoin d'échanger avec votre conseiller ? Recevez une notification sur votre smartphone dès que celui-ci est disponible et limitez votre attente téléphonique.



3. Les services associés à votre contrat

Un service pour la santé de tous

- **Mise en relation immédiate avec :**
 - des médecins généralistes
 - des sages femmes
 - des médecins spécialistes (dermatologie, gynécologie, psychiatrie, ophtalmologie et dentaire)
- **Accès rapide en visio, en audio ou par chat, à partir :**
 - d'un smartphone
 - d'une tablette
 - d'un ordinateur
- **Accès aux soins facilité :**
 - la e-santé et la télémédecine répondent aux enjeux de demain
 - un moyen efficace de palier à la désertification médicale

Un parcours simple pour nos adhérents



Un accès direct via l'espace adhérent
« Harmonie & moi »



Un parcours adapté à chaque patient



Le Haut Degré de Solidarité de votre branche – dit «HDS»

Quelques principes clés à retenir :

- Les structures qui ont rejoint notre offre recommandée en santé bénéficient du fonds social associé de leur branche.
- Ces fonds sont destinés à la mise en œuvre d'actions sociales de solidarité et de prévention visant à préserver ou améliorer collectivement ou individuellement la situation des salariés qui connaissent ou sont susceptibles de connaître des difficultés.
- Chacune des propositions est travaillée par vos partenaires sociaux en lien avec votre organisme de mutuelle (Harmonie Mutuelle ou AESIO).

Le Haut Degré de Solidarité de votre branche – dit «HDS»

Quelles sont les prises en charge proposées par votre branche ?

- **Prise en charge des RAC frais de santé**
- **Prise en charge du forfait sport**
- **Dispositifs de prévention**
 - **Mon service santé – Coaching santé**
 - **EveryDaysHeroes - 1^{er} secours**



[lien du replay](#)

Annexes

Le 1^{er} réseau de professionnels de santé en bénéficiaires



7 100 centres d'optique



Près de 5 000 centres d'audioprothèse



Près de 5 500 Chirurgiens dentistes et Orthodontistes



Plus de 500 Ostéopathes



Les avantages du réseau

- **Niveau de qualité certifié**
 - Les professionnels s'engagent avec une charte qualité.
- **Des prix négociés**
 - Des réductions sur des soins coûteux et peu remboursés par le Régime Obligatoire.
- **Tiers payant systématique**
 - Chez l'ensemble des partenaires en optique, audio et dentaire.
- **Une liberté de choix**
 - Vous restez libre de sélectionner le professionnel de santé ainsi que l'équipement que vous souhaitez.



Le réseau de Tiers payant

Une couverture territoriale dense

Notre réseau de Tiers payant est en constante évolution pour vous garantir la maîtrise de vos dépenses de santé.

- Des accords de tiers payant avec plus de **346 000 professionnels de santé** * (février 2022)
- Un pôle partenaire pro actif qui accompagne les adhérents et les professionnels de santé
- Des services facilitateurs, dématérialisés et sécurisés



Un dispositif complet et performant pour maximiser le contrat santé

Mettre en œuvre des accords intégrant tiers payant, qualité de l'offre et prix maîtrisés pour faciliter l'accès aux soins et aux services de santé des adhérents,

- **Accompagner les professionnels de santé dans l'appropriation des « bonnes pratiques » de gestion du tiers payant :**
 - assurer l'enregistrement, la mise à jour et la conservation des données relatives aux relations avec nos partenaires (PS et RO) dans une base de données unique, GESPA, en liaison avec les applicatifs de gestion des prestations ;
 - Développer la dématérialisation des flux pour sécuriser et fluidifier les échanges avec les professionnels de santé.

Vos garanties frais de santé

Régime Général

PRESTATIONS EN VIGUEUR

(y compris Régime Obligatoire)

Régime général

SOINS COURANTS

Soins médicaux et paramédicaux

Consultations, visites : généralistes

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Consultations, visites : spécialistes

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Actes de sages-femmes

Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...

Ambulances, véhicules sanitaires légers...

Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)

Médicaments à SMR important

Médicaments à SMR modéré

Médicaments à SMR faible

Analyses et examens

Actes techniques médicaux

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Actes techniques d'échographie

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée

- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- Autres praticiens

Examens de laboratoires

Appareillages et accessoires médicaux

Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire

Achat véhicule pour personne handicapée physique

	BASE	BASE + OPTION 1	BASE + OPTION 2
SOINS COURANTS			
Soins médicaux et paramédicaux			
Consultations, visites : généralistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 %	270 %	470 %
- Autres praticiens	150 %	200 %	200 %
Consultations, visites : spécialistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	270 %	370 %	370 %
- Autres praticiens	200 %	200 %	200 %
Actes de sages-femmes	160 %	160 %	260 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	160 %	160 %	260 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 %	165 %	265 %
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)			
Médicaments à SMR important	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR modéré	100 %	100 %	100 %
Médicaments à SMR faible	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens			
Actes techniques médicaux			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	270 %	370 %	370 %
- Autres praticiens	200 %	200 %	200 %
Actes techniques d'échographie			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 %	170 %	270 %
- Autres praticiens	150 %	150 %	200 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	170 %	170 %	270 %
- Autres praticiens	150 %	150 %	200 %
Examens de laboratoires	100 %	100 %	200 %
Appareillages et accessoires médicaux			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	260 %	260 %	360 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	300 %	300 %	400 %

Vos garanties frais de santé

AIDES AUDITIVES			
Equipement 100 % Santé ⁽¹⁾⁽²⁾	Sans reste à charge	Sans reste à charge	Sans reste à charge
Equipement à tarif libre ⁽¹⁾⁽²⁾	260 %	260 %	360 %
Piles	100 %	100 %	100 %
<i>(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente 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.</i>			
CURES THERMALES			
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire	100 % -	100 % 20 % du PMSS/An	100 % 25 % du PMSS/An
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	300 %	400 %	500 %
-Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 %	200 %	200 %
-Autres praticiens	100 %	165 %	265 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	1.50 % du PMSS /Nuit	2.50 % du PMSS /Nuit	4 % du PMSS /Nuit
Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾	1.50 % du PMSS/Jour	2.50 % du PMSS/Jour	4 % du PMSS/Jour
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁴⁾	20 €/jour	20 €/jour	30 €/jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans			
<i>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. (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.</i>			
MATERNITÉ			
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	Frais réels	Frais réels	Frais réels
-Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 %	200 %	200 %
-Autres praticiens	1.50 % du PMSS /Nuit	2.50 % du PMSS /Nuit	4 % du PMSS /Nuit
Chambre particulière avec nuitée ⁽³⁾	10 % du PMSS	15 % du PMSS	20 % du PMSS
Indemnité de naissance ⁽⁵⁾			
<i>(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (5) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</i>			

Vos garanties frais de santé

OPTIQUE

Équipement 100 % Santé⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

- Monture
- Par verre

Équipement tarif libre⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

- Monture
- Par verre
- Simple
- Complexe
- Très complexe
- Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien
- Verres avec filtre
- Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)

Lentilles acceptées par le régime obligatoire⁽¹⁰⁾

Lentilles refusées par le régime obligatoire⁽¹⁰⁾

Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil

Sans reste à charge Sans reste à charge	Sans reste à charge Sans reste à charge	Sans reste à charge Sans reste à charge
100 €	100 €	100 €
60 % + 102 €	60 % + 150 €	160 €
60 % + 169 €	60 % + 240 €	60 % + 260 €
60 % + 169 €	60 % + 240 €	60 % + 260 €
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
100 % + 5 % PMSS/An	100 % + 6 % PMSS/An	+ 7 % PMSS/An
+ 5 % PMSS/An	+ 6 % PMSS/An	+ 7 % PMSS/An
+ 7,5 % PMSS/Oeil	+ 10 % PMSS/Oeil	+ 12,5 % PMSS/Oeil

(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente 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 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. **(10)** Plafond commun

Vos garanties frais de santé

DENTAIRE

Soins

Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé⁽¹⁾

Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés⁽¹⁾

- Prothèses fixes
- Inlay-Core
- Prothèses transitoires
- Inlay onlay
- Prothèses amovibles

Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres

- Prothèses fixes
- Inlay-core
- Prothèses transitoires
- Inlay onlay
- Prothèses amovibles

Prothèses non remboursables par le régime obligatoire⁽¹²⁾

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire

Orthodontie non acceptée par le régime obligatoire

Implantologie, Parodontologie⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

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 l'avis du dentiste consultant de la mutuelle. (11) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (12) Prise en charge des piliers de bridge sur dent naturelle (13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (14) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien).

MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie⁽¹³⁾

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

	170 % Sans reste à charge	220 % Sans reste à charge	320 % Sans reste à charge
	220 %	370 %	420 %
	220 %	370 %	420 %
	220 %	370 %	420 %
	220 %	370 %	420 %
	220 %	370 %	420 %
	220 %	370 %	420 %
	220 %	370 %	420 %
	220 %	370 %	420 %
	220 %	370 %	420 %
	225 %	275 %	425 %
	-	150 %	300 %
	400 €/An	600 €/An	800 €/An

	2 % du PMSS/An	3 % du PMSS/An	4 % du PMSS/An

Exemples de remboursement – Garanties BASE

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de la Sécurité Sociale	Remboursement de la Mutuelle	Reste à charge
Hospitalisation				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	447,00 €	247,70 €	199,30 €	0 €
Optique				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	339,00 €	0,09 €	299,91 €	39,00 €
Dentaire				
Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	537,48 €	84,00 €	180,00 €	273,48 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	84,00 €	180,00 €	273,48 €
Aides auditives				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) > à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille > à 20 ans	1 476,00 €	240,00 €	800,00 €	436,00 €
Soins courants				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	57,00 €	15,10 €	29,90 €	12,00 €

Exemples de remboursement – Garanties OPTION 1

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de la Sécurité Sociale	Remboursement de la Mutuelle	Reste à charge
Hospitalisation				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	447,00 €	247,70 €	199,30 €	0 €
Optique				
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	339,00 €	0,09 €	299,91 €	39,00 €
Dentaire				
Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires	537,48 €	84,00 €	360,00 €	93,48 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	84,00 €	360,00 €	93,48 €
Aides auditives				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) > à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille > à 20 ans	1 476,00 €	240,00 €	800,00 €	436,00 €
Soins courants				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	57,00 €	15,10 €	29,90 €	12,00 €

Exemples de remboursement – Garanties OPTION 2

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de la Sécurité Sociale	Remboursement de la Mutuelle	Reste à charge
Hospitalisation				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	447,00 €	247,70 €	199,30 €	0 €
Optique				
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	339,00 €	0,09 €	299,91 €	39,00 €
Dentaire				
Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires	537,48 €	84,00 €	420,00 €	33,48 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	84,00 €	420,00 €	33,48 €
Aides auditives				
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé) > à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €
Aide auditive de classe II par oreille > à 20 ans	1 476,00 €	240,00 €	1 200,00 €	36,00 €
Soins courants				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	57,00 €	15,10 €	29,90 €	12,00 €

Exemples pour des prestations en dentaire selon l'option retenue

Garanties souscrites : BASE

	Prix moyen pratiqué	Remboursement de la Sécurité Sociale	Remboursement de la mutuelle	Votre Reste à charge
Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	537,48 €	84,00 €	180,00 €	273,48 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	84,00 €	180,00 €	273,48 €

Exemples pour des prestations en dentaire selon option retenue

Garanties souscrites : OPTION 1

	Prix moyen pratiqué	Remboursement de la Sécurité Sociale	Remboursement de la mutuelle	Votre Reste à charge
Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	537,48 €	84,00 €	360,00 €	93,48 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	84,00 €	360,00 €	93,48 €

Exemples pour des prestations en dentaire selon option retenue

Garanties souscrites : OPTION 2

	Prix moyen pratiqué	Remboursement de la Sécurité Sociale	Remboursement de la mutuelle	Votre Reste à charge
Détartrage	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	537,48 €	84,00 €	420,00 €	33,48 €
Couronne céramo-métallique sur molaires	537,48 €	84,00 €	420,00 €	33,48 €

Rappel de vos taux de cotisations

GARANTIES	Taux contractuels			Taux appelés à 90 % au 01/01/2019 sur les bases obligatoires des Actifs			Taux appelés à 85 % au 01/01/2022 sur les bases obligatoires des Actifs		
	Famille	Adulte	Enfant	Famille	Adulte	Enfant	Famille	Adulte	Enfant
Base Obligatoire	3,24%			2,91%			2,75%		
Option 1		0,52%	0,17%		0,52%	0,17%		0,52%	0,17%
Option 2		0,85%	0,28%		0,85%	0,28%		0,85%	0,28%
Base + Option 1 Obligatoire	4,04%			3,63%			3,43%		
Option 2		0,38%	0,13%		0,38%	0,13%		0,38%	0,13%
Base + Option 2 Obligatoire	4,69%			4,22%			3,98%		

Taux de cotisation des Actifs exprimés en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale



GROUPE
vyv

**Merci pour votre confiance
et votre attention.**



Groupe VYV, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Code de la mutualité,
immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 532 661 832, numéro LEI 969500E0I6R1LLI4UF62.
Siège social : Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15.