

TABLEAU DES GARANTIES

Annexe au règlement mutualiste applicable au 01/01/2022

La participation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) correspond à un pourcentage -ou son montant en Euros- de la Base de Remboursement (BR).

La Base de Remboursement (BR) est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Les tarifs desdits remboursements sont fixés par conventions entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

⁽¹⁾ La participation forfaitaire de 1 € s'applique, pour les patients de plus de 18 ans, à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin ; elle s'applique aussi aux examens radiologiques et aux analyses de biologie médicale. La franchise médicale s'applique aux boîtes de médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports. Elle est plafonnée à 50 euros par an, au total. La participation forfaitaire et les franchises sont déduites des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sauf pour les ayants droit de moins de 18 ans, les bénéficiaires du dispositif «Complémentaire Santé Solidaire», les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État, les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse.

La participation de la Mutuelle est exprimée soit en pourcentage de la Base de Remboursement (BR), soit en Euros.

Les présentes garanties répondent aux dispositions relatives aux contrats solidaires et responsables. Seules sont retenues les dépenses différentes à des actes donnant lieu à remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), sauf exception mentionnée dans les tableaux ci-après.

La Mutuelle ne prend pas en charge :
 • les majorations liées au non respect du parcours de soins coordonné,
 • la participation forfaitaire ⁽¹⁾ de 1 €,
 • les franchises médicales ⁽¹⁾,
 • la part non remboursable liée aux dépassements d'honoraires.

Le montant des remboursements effectués par la Mutuelle ne peut dépasser la dépense réellement engagée, déduction faite des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

SOINS COURANTS dans le parcours de soins coordonnés

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2		Module A		Module B		Module C		Module PLUS	
		Mutuelle	AMO + Mutuelle								
Honoraires médicaux (médecins généralistes et spécialistes - médecins traitants, médecins correspondants - Sages-femmes)	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%
Forfait Patient Urgences		FR ⁽⁴⁾		FR ⁽⁴⁾		FR ⁽⁴⁾		FR ⁽⁴⁾		FR ⁽⁴⁾	
Actes techniques médicaux (ATM), de chirurgies (ADC), d'imageries (ADI), d'échographies (ADE)	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%
Honoraires para-médicaux (infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures)	60%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%
Dépassements d'honoraires ⁽¹⁾ consultations, visites, actes médicaux, chirurgie, échographie						+25% BR	+25% BR				+50% BR
• Médecins signataires de l'OPTAM - OPTAM-CO ⁽²⁾						+5% BR	+5% BR				+30% BR
• Médecins non signataires de l'OPTAM - OPTAM-CO ⁽²⁾⁽³⁾											
Analyses et examens de laboratoires	60%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%
Médicaments											
• Médicaments remboursés par l'AMO à 65 %	65%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%
• Médicaments remboursés par l'AMO à 30 %	30%	70%	100%	70%	100%	70%	100%	70%	100%	70%	100%
• Médicaments remboursés par l'AMO à 15 %	15%	85%	100%	85%	100%	85%	100%	85%	100%	85%	100%
Matériel médical (figurant sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'AMO)	60%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%
• Prothèses oculaires, mammaires, capillaires 	100%	140€	100% +140€	140€	100% +140€	140€	100% +140€	140€	100% +140€	140€	100% +140€
• Achat d'un fauteuil roulant (tous les 3 ans) 	100%	-	100%	240€	100% +240€	240€	100% +240€	240€	100% +240€	240€	100% +240€
• Appareil pour traitement à domicile (AAD) • Assistance respiratoire (AAR) • Générateur d'aérosol (ARO) • Matériel et appareil de contention (MAC) • Prothèses (PA) • Chaussures orthopédiques (COR)	60%	40% +30€	100% +30€	40% +80€	100% +80€	40% +80€	100% +80€	40% +80€	100% +80€	40% +100€	100% +100€

⁽¹⁾ Dépassements d'honoraires : prestations versées dans la limite de 24 fois par an, par personne couverte. Plafond commun SOINS COURANTS et HOSPITALISATION. ⁽²⁾ OPTAM : Option Pratique TArifaire Maîtrisée - OPTAM CO : Option Pratique TArifaire Maîtrisé Chirurgiens - Cbستéticiens. ⁽³⁾ le remboursement mutuelle ne peut dépasser 100% du tarif opposable.

⁽⁴⁾ FR : remboursement des Frais Réels engagés, sur présentation d'un justificatif de paiement.

 Remboursement mutuelle sur présentation d'une facture acquittée et de la copie de la prescription médicale.

HOSPITALISATION hors longs séjours et sections de cure médicale pour personnes âgées

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2		Module A		Module B		Module C		Module PLUS	
		Mutuelle	AMO + Mutuelle								
Frais d'hospitalisation	80%	20%	100%	20%	100%	20%	100%	20%	100%	20%	100%
Actes médicaux et chirurgicaux < à 120 €	80%	20%	100%	20%	100%	20%	100%	20%	100%	20%	100%
Actes médicaux et chirurgicaux > à 120 € Participation forfaitaire sur actes chirurgicaux > à 120 €	100% -24€	24€	100%	24€	100%	24€	100%	24€	100%	24€	100%
Dépassements d'honoraires ⁽¹⁾ Consultations, visites, actes médicaux, chirurgie, échographie					+25% BR		+25% BR				+50% BR
• Médecins signataires de l'OPTAM - OPTAM CO ⁽²⁾					+5% BR		+5% BR				+30% BR
Forfait journalier ⁽³⁾	-	FR ⁽⁴⁾									
Forfait journalier en psychiatrie	-	FR ⁽⁴⁾									
Chambre particulière. 30 jours par année civile	-	30 €/jour		45 €/jour		45 €/jour		45 €/jour		60 €/jour	
Frais d'accompagnement : enfants < de 12 ans, enfants handicapés < de 20 ans. 30 jours par année civile	-	17 €/jour									
Transport. Par trajet	65%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%

(1) Dépassements d'honoraires : prestations versées dans la limite de 24 fois par an, par personne couverte. Plafond commun SOINS COURANTS et HOSPITALISATION (2) OPTAM : Option Pratique TArifaire Maîtrisée. OPTAM-CO : Option Pratique TArifaire Maîtrisée Chirurgiens, Osbtéticiens. (3) le forfait hospitalier n'est pas pris en charge dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD). (4) FR : remboursement des Frais Réels engagés, sur présentation d'un justificatif de paiement.

OPTIQUE sur prescription médicale et facture acquittée

- Reste à charge zéro pour les équipements de Classe A
- Possibilité de panachage entre les Classes A et B (ex. 2 verres de classe A et monture de Classe B ou inversement). Le panachage des verres n'est pas possible sur une même monture.
- Limité à la prise en charge d'un équipement optique (monture + 2 verres) par période de 2 ans à la date de facturation ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'AMO, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, le délai est dans ce cas d'un équipement verres par année, à la date de facturation ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'AMO.

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2		Module A		Module B		Module C		Module PLUS	
		Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle
Equipements CLASSE A «<100% SANTÉ» Reste à charge Zéro, tels que définis réglementairement											
• 1 Verre simple ⁽¹⁾ • 1 Verre complexe ⁽²⁾ • 1 Verre très complexe ⁽³⁾ • 1 Monture ⁽⁴⁾	Prix limite de vente : de 32,50 € à 170 € par verre, selon la catégorie Prix limite de vente : 30 €	18% de la dépense totale	82% de la dépense totale	100% de la dépense totale	82% de la dépense totale	100% de la dépense totale	82% de la dépense totale	100% de la dépense totale	82% de la dépense totale	100% de la dépense totale	100% de la dépense totale
Suppléments et prestations	60%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%
Appairage	Prix limite de facturation de 5€ à 15€ selon les verres	60%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%
Adaptation de la correction (renouvellement par opticien)	Prix limite de facturation 10€	6€	4€	10€	4€	10€	4€	10€	4€	10€	4€
Equipements CLASSE B «Prix libres»											
1 Verre simple ⁽¹⁾	0,03€	46,97€	47€	52,47€	52,50€	89,97€	90€	52,47€	52,50€	99,97€	100€
1 Verre complexe ⁽²⁾	0,03€	84,97€	85€	99,97€	100€	139,97€	140€	99,97€	100€	149,97€	150€
1 Verre très complexe ⁽³⁾	0,03€	84,97€	85€	129,97€	130€	184,97€	185€	129,97€	130€	199,97€	200€
1 Monture «JUSTE» ⁽⁵⁾	0,03€	78,97€	79€	98,97€	99€	99,97€	100€	98,97€	99€	99,97€	100€
1 Monture	0,03€	29,97€	30€	39,97€	40€	99,97€	100€	39,97€	40€	99,97€	100€
Suppléments et prestations	60%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%	40%	100%
Adaptation de la correction (renouvellement par opticien)	Prix limite de facturation 10€	0,03€	9,97€	10€	9,97€	10€	9,97€	10€	9,97€	10€	9,97€
Autre optique											
Lentilles prises en charge ou non par l'AMO ⁽⁶⁾ . Forfait annuel pour les deux yeux, par année civile ⁽⁷⁾	60%	40% +115€	100% +115€	40% +135€	100% +135€	40% +260€	100% +260€	40% +135€	100% +135€	40% +270€	100% +270€
Chirurgie réfractive, par oeil et par année civile ⁽⁷⁾	-	300€		400€		900€		400€		900€	

(1) Verres simples : verres unifocaux sphère -6,00 à + 6,00 ou verres unifocaux cylindre ≤ +4,00 sphère -6,00 à +6,00. (2) Verres complexes : autres verres unifocaux ou verres multifocaux / progressifs cylindre ≤ +4,00 sphère -8,00 à +8,00. (3) Verres très complexes : autres verres multifocaux / progressifs. (4) Montures de classe A garanties 2 ans. (5) Tarifs et remboursements préférentiels sur les montures «JUSTE» du réseau de magasins d'optique mutualistes «Ecouter-Voir». (6) La prestation versée pour des lentilles prises en charge par l'AMO ne peut être cumulée avec la prestations versée pour les lentilles non prises en charge par l'AMO. (7) Forfait chirurgie réfractive versé sous réserve que le membre participant soit adhérent de la mutuelle depuis au moins 9 mois.

Remboursement mutuelle sur présentation de la copie de la prescription médicale et d'une facture acquittée, dans la limite des frais réellement engagés.

DENTAIRE

• Reste à charge zéro pour les équipements «100% santé»

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2		Module A		Module B		Module C		Module PLUS		
		Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	
Consultations et soins dentaires	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	
Parodontie (par an)	-	50€		50€		50€		130€		180€		
Orthodontie												
• Traitement par semestre (6 semestres maximum)	193,50€	193,50 €	387 €	232,20 €	425,70 €	232,20 €	425,70 €	328,95 €	522,45 €	425,70 €	619,20 €	
• Surveillance (2 séances maximum par trimestre)	7,53€	13,98 €	21,50 €	16,13 €	23,65 €	16,13 €	23,65 €	21,50 €	29,03 €	26,88 €	34,40 €	
• Contention 1 ^{re} année	161,25€	161,25 €	322,50 €	193,50 €	354,75 €	193,50 €	354,75 €	274,13 €	435,38 €	354,75 €	516 €	
• Contention 2 ^{re} année	75,25€	139,75 €	215,00 €	161,25 €	236,50 €	161,25 €	236,50 €	215 €	290,25 €	268,75 €	344 €	
Prothèses fixes «100% SANTÉ»												
Reste à charge Zéro												
tels que définis réglementairement												
• Inlay core	Prix limite de facturation 175€	63€	112€	175€	112€	175€	112€	175€	112€	175€	175€	
• Couronne métallique toute dent	Prix limite de facturation 290€	84€	206€	290€	206€	290€	206€	290€	206€	290€	290€	
• Couronne zircone sur incisives, canines, prémolaires	Prix limite de facturation 440€	84€	356€	440€	356€	440€	356€	440€	356€	440€	440€	
• Couronne céramométallique (hors zircone) sur incisives, canines, 1 ^{re} prémolaires	Prix limite de facturation 500€	84€	416€	500€	416€	500€	416€	500€	416€	500€	500€	
• Bridge métallique toute dent	Prix limite de facturation 870€	195,65€	674,35€	870€	674,35€	870€	674,35€	870€	674,35€	870€	870€	
• Bridge céramométallique sur incisives	Prix limite de facturation 1465€	195,65€	1269,35€	1465€	1269,35€	1465€	1269,35€	1465€	1269,35€	1465€	1465€	
Prothèses amovibles «100% SANTÉ»												
Reste à charge Zéro												
tels que définis réglementairement												
• Prothèse amovible complète, unimaxillaire, à plaque base résine	Prix limite de facturation 1100€	127,92€	972,08€	1100€	972,08€	1100€	972,08€	1100€	972,08€	1100€	1100€	
• Prothèse amovible complète, bimaxillaire, à plaque base résine	Prix limite de facturation 2300€	255,85€	2044,15€	2300€	2044,15€	2300€	2044,15€	2300€	2044,15€	2300€	2300€	
Prothèses fixes Reste à charge modéré⁽¹⁾												
• Inlay core RAC Modéré	Prix limite de facturation 175€	63€	112€	175€	112€	175€	112€	175€	112€	175€	175€	
• Couronne céramo-métallique sur 2 ^e prémolaires	Prix limite de facturation 550€	84€	168€	252€	240€	324€	240€	324€	441,60€	525,60€	456€	540€
• Courone zircone sur molaires	Prix limite de facturation 440€	84€	168€	252 €	240€	324€	240€	324€	356€	440€	356€	440€
• Couronne céramique hors zircone sur 2 ^e prémolaires et molaires	Prix limite de facturation 550€	84€	168€	252€	240€	324€	240€	324€	441,60€	525,60€	456€	540€
Prothèses fixes et amovibles Prix libres⁽¹⁾												
• Couronne dentaire tout matériaux, toutes dents	75,25€	150,50€	225,75€	215€	290,25€	215€	290,25€	395,60€	470,85€	408,50€	483,75€	
• Bridges	70%	140%	210%	200%	270%	200%	270%	368%	438%	380%	450%	
• Prothèses amovibles	70%	140%	210%	200%	270%	200%	270%	368%	438%	380%	450%	
• Adjonctions réparations sur prothèses amovibles	70%	140%	210%	200%	270%	200%	270%	368%	438%	380%	450%	
Implantologie⁽¹⁾												
• Pose d'implant	-	150,50€		184,90€		184,90€		376,25€		395,60€		
• Prothèse «moignon» pour la pose d'implant dentaire	-	20€		20€		20€		20€		20€		
• Pose d'une couronne sur implant	75,25€	150,50 €	225,75 €	215 €	290,25 €	215 €	290,25 €	395,60 €	470,85 €	408,50 €	483,75 €	

(1) Pour les deux premières années d'adhésion : prestations (hors consultations, soins, orthodontie et prothèses du panier «100% santé» versées dans la limite des plafonds suivants, par personne protégée : plafond de 1 000 € la 1^{re} année (du 1^{er} au 12^e mois d'adhésion) ; 1700 € la 2^e année (du 13^e au 24^e mois d'adhésion). Plafond annuel limité à 2 700 € à partir de la 3^e année d'adhésion (à partir du 25^e mois).

AIDES AUDITIVES⁽¹⁾, remboursement mutuelle sur présentation d'une facture acquittée

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2		Module A		Module B		Module C		Module PLUS	
		Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle
Equipements CLASSE 1 <<100% SANTÉ>>											
• Bénéficiaire jusqu'à 20 ans inclus											
Prothèse auditive de classe 1 ⁽²⁾ , oreille droite ou gauche (par oreille)	Prix limite de vente 1400€	840€	560€	1400€	560€	1400€	560€	1400€	560€	1400€	560€
• Bénéficiaire + de 20 ans											
Prothèse auditive de classe 1 ⁽²⁾ , oreille droite ou gauche (par oreille)	Prix limite de vente 950€	240€	710€	950€	710€	950€	710€	950€	710€	950€	710€
Equipements CLASSE 2 tarifs libres											
• Bénéficiaire jusqu'à 20 ans inclus											
Prothèse auditive de classe 2 ⁽²⁾ , oreille droite ou gauche (par oreille)	840€	560€	1400€	600€	1440€	600€	1440€	600€	1440€	810€	1650€
• Bénéficiaire + de 20 ans											
Prothèse auditive de classe 2 ⁽²⁾ , oreille droite ou gauche (par oreille)	240€	160€	400€	600€	840€	600€	840€	600€	840€	810€	1050€
Pile sans mercure ⁽³⁾ Fournitures et accessoires sur prescription médicale Forfait entretien. Par an	60%	40%	100%	40% +20€	100% +20€	40%	100%	40%	100%	40% +30€	100% +30€

(1) Pour les adhérents déficients auditifs et souffrant de cécité, quel que soit l'âge, les prothèses auditives sont remboursées à 60% sur la base d'un tarif fixé à 1400 € maximum, quelle que soit la classe de l'appareil prescrit. (2) Renouvellement / appareil tous les 4 ans à la date de facturation ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'AMO. (3) le nombre de paquets pris en charge par an dépend du modèle de piles. Ref. 10 : 10 par an, Ref. 312 : 7 par an, Ref 13 : 5 par an, Ref. 675 : 3 par an.

PRÉVENTION

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2		Module A		Module B		Module C		Module PLUS	
		Mutuelle	AMO + Mutuelle								
Bilan nutritionnel ou médecine du sport ⁽¹⁾ Par an		40€		40€		40€		40€		40€	
Substituts nicotiniques (sur prescription médicale). Forfait annuel	65%	35% +30€	100% +30€	35% +30€	100% +30€	35% +30€	100% +30€	35% +30€	100% +30€	35% +40€	100% +40€
Ostéodensitométrie prise en charge AMO ⁽²⁾	27,97€	11,99€ +20,04€	39,96€ +20,04€								
Ostéodensitométrie non prise en charge par l'AMO ⁽²⁾	-	60€		60€		60€		60€		60€	
Traitements médicamenteux anti-paludéen non pris en charge par l'AMO. Forfait annuel	-	40€		40€		40€		40€		40€	
Vaccins et rappels pris en charge ou non par l'AMO ⁽³⁾	65%	35%	100% +FR								
Vaccins «voyageur» ⁽⁴⁾	-	15€		15€		15€		15€		15€	
Vaccin anti-grippe (de 60 à 64 ans)	-	sur prise en charge mutuelle									
Contraceptifs masculins ou féminin non pris en charge par l'AMO. Forfait annuel		50€		50€		50€		50€		60€	

(1) Remboursement forfaitaire annuel pour honoraires de consultation ou de suivi par un nutritionniste, ou consultation pour certificat d'aptitude à la pratique du sport ou soins dans le cadre de la médecine du sport, non pris en charge par l'AMO. (2) Le forfait annuel «ostéodensitométrie prise en charge AMO» n'est pas cumulable avec le forfait annuel «ostéodensitométrie non prise en charge AMO».

(3) Remboursement par la mutuelle du reste à charge de l'adhérent sur les frais réellement engagés pour tous les vaccins et rappels, pris en charge ou non par l'AMO, autres que les vaccins «voyageur» et vaccin anti-grippe. FR : Frais Réellement engagés. (4) Forfait annuel pour l'achat de vaccins dans le cadre de voyages dans les pays où ils sont obligatoires.

Remboursement mutuelle sur présentation de la copie de la prescription médicale et d'une facture acquittée, dans la limite des frais réellement engagés.

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2		Module A		Module B		Module C		Module PLUS	
		Mutuelle	AMO + Mutuelle								
Ostéopathie ou chiropractie ou psychologue ou acupuncture. Participation forfaitaire annuelle	-	30€		60€		60€		60€		100€	
Consultation ⁽¹⁾ chez un psychologue clinicien diplômé d'Etat ⁽²⁾ , à partir de 18 ans	-	60€/séance ⁽³⁾									
Pédicurie, à partir de 50 ans. Par an	-	15€		20€		20€		20€		25€	
Podologie. Par an	-	20€		50€		50€		50€		80€	

(1) Hors consultations prises en charge par l'AMO. (2) La mention «Psychologue clinicien diplômé d'Etat» et/ou le n° ADELI du praticien devront être inscrits sur la facture.

(3) Dans la limite de 60 € par séance pour 4 séances maximum

Remboursement mutuelle sur présentation d'une facture acquittée, dans la limite des frais réellement engagés.

CURES THERMALES (agrées par l'AMO)

Nature des frais	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2		Module A		Module B		Module C		Module PLUS	
		Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle
Honoraires médicaux	70%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%	30%	100%
Soins thermaux	65%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%
Frais d'hébergement et de transport (prise en charge AMO selon ressources)	65%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%	35%	100%
Supplément cure thermale	-	-	-	129,60€		53,40€		53,40€		183€	

NAISSANCE - MARIAGE

	Part AMO (% ou € sur la BR)	Couverture 2		Module A		Module B		Module C		Module PLUS	
		Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle	Mutuelle	AMO + Mutuelle
Allocation de naissance ou d'adoption + Garantie complémentaire exceptionnelle 2022	-	50€ + 63€ = 113€		100€ + 125€ = 225€		100€ + 125€ = 225€		100€ + 125€ = 225€		110€ + 138€ = 248€	
Allocation mariage, élargie au PACS + Garantie complémentaire exceptionnelle 2022	-	80€ + 100€ = 180€		110€ + 138€ = 248€		110€ + 138€ = 248€		110€ + 138€ = 248€		110€ + 138€ = 248€	

ALLOCATIONS JOURNALIÈRES *

Les allocations journalières sont versées au membre participant fonctionnaire, stagiaire ou titulaire des catégories 1 et 2 (hors médecins vacataires), en incapacité temporaire de travail pour raison de santé (maladie ordinaire, longue maladie, longue durée), après expiration des droits à congés maladie à plein traitement.

Ces allocations sont calculées sur le traitement mensuel de base plus l'indemnité de résidence, selon l'assiette utilisée pour le calcul des cotisations (plafond : 2 900 €). Le montant des allocations journalières ne peut pas être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

Catégories d'adhérents actifs, titulaires ou stagiaires de la fonction publique territoriale, hospitalière ou d'état	% Maintien traitement par l'employeur (hors disponibilité d'office pour raison de santé)	Couverture 2		Module A		Module B		Module C		Module PLUS	
		Mutuelle	Employeur + Mutuelle	Mutuelle	Employeur + Mutuelle	Mutuelle	Employeur + Mutuelle	Mutuelle	Employeur + Mutuelle	Mutuelle	Employeur + Mutuelle
Catégorie 1 et 2 (hors médecins vacataires) dont l'indice brut de rémunération est égal ou inférieur à 388 ⁽¹⁾	50%	40%	90%	40%	90%	40%	90%	40%	90%	40%	90%
Catégorie 1 et 2 (hors médecins vacataires) dont l'indice brut de rémunération est supérieur à 388 ⁽¹⁾	50%	25%	75%	30%	80%	25%	75%	25%	75%	30%	80%
Personnels actifs de la Ville de Paris Catégorie 1 et 2, bénéficiaires de l'Allocation Prévoyance Santé (APS), dont l'indice brut de rémunération est égal ou inférieur à 388 ⁽²⁾	50%	40%	90%	40%	90%	40%	90%	40%	90%	40%	90%
Supplément allocation enfant à charge (par jour) ⁽³⁾	-	1,60€		1,60€		1,60€		1,60€		1,60€	

* La mutuelle accorde, sur demande du membre participant, aux seuls agents de la Ville de Paris, une dispense à la souscription de la garantie allocations journalières dès lors que le membre participant lui fournit un justificatif démontrant qu'il bénéficie d'une garantie prévoyance en cas d'incapacité de travail souscrite dans le cadre de l'Article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983

(1) Allocations journalières versées sous réserve que le membre participant soit adhérent de la mutuelle depuis au moins 9 mois. Durée maximum 365 jours sur une période de 3 ans

(2) Garantie servie sans délai de stage, sur une période de 3 ans maximum : 9 mois en maladie ordinaire / 2 ans en longue maladie / 3 ans en longue durée, sous réserve de la présentation d'un justificatif de versement de l'APS par l'employeur.

(3) dans la limite de 10% du traitement mensuel de base + indemnité de résidence servant de calcul à l'allocation.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS*	DÉPENSE ENGAGÉE	REMBOURSEMENT AMO**	REMBOURSEMENT MUTUELLE	RESTE À CHARGE	Commentaires	
SOINS COURANTS						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25€	16,50€	Tout module	7,50€	1 €	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30€	20€	Tout module	9€	1€	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisé (adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	44€	20€	Couv.2	9€	15€	
			Module A ou B	14,75€	9,25€	
			Module C	9€	15€	
			Module Plus	20,50€	3,50€	
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libre (non adhérent de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO)	56€	15,10€	Couv.2	6,90€	34€	
			Module A ou B	8,05€	32,85€	
			Module C	6,90€	34€	
			Module PLUS	13,80€	27,10€	
HOSPITALISATION						
Forfait journalier hospitalier	20€	0€	Tout module	20€	0€	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisé, adhérent de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355€	247,70€ (BR 271,70€-24€)	Couv.2	24€	83,30€	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libre non adhérent de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431€	247,70€ (BR 271,70€-24€)	Module A ou B	67,93€+24€	15,38€	
			Module C	24€	83,30€	
			Module PLUS	83,30€+24€	0€	
			Couv.2	24€	159,30€	
Equipement optique de classe A : monture + 2 verre progressifs classe A, SPH [-4,00 à -6,00] et CYL [+][0,25 à 4,00]) (100% Santé)	240€	43,20€	Module A ou B	13,59€+24€	145,72€	
			Module C	24€	159,30€	
			Module PLUS	81,51€+24€	77,79€	
			Couv.2	24€	159,30€	
OPTIQUE						
Equipement optique de classe A : monture + 2 verre progressifs classe A, SPH [-4,00 à -6,00] et CYL [+][0,25 à 4,00]) (100% Santé)	240€	43,20€	Tout module	196,80€	0€	prix limites de vente 105 € / verre monture : 30 €
Equipement optique de classe B : monture + 2 verre progressifs classe B, SPH [-4,00 à -6,00] et CYL [+][0,25 à 4,00], (prix libres)	450€	0,09€	Couv.2	200€	249,91€	monture+2 verres
Coronne céramométallique sur incisive, canine ou 1 ^{er} pré-molaire, (100% Santé)	500€	84€	Module A ou C	240€	209,91€	
			Module B	380€	69,91€	
			Module PLUS	400€	49,91€	
			Couv.2	168€	298€	
DENTAIRE						
Détartrage	28,92€	20,24€	Tout module	8,68€	0€	Tarif conventionnel
Couronne céramométallique sur incisive, canine ou 1 ^{er} pré-molaire, (100% Santé)	500€	84€	Tout module	416€	0€	Honoraires limites de facturation
Coronne céramométallique sur 2 ^{er} prémolaire (reste à charge modéré)	550€	84€	Couv.2	168€	298€	Honoraires limites de facturation
			Module A ou B	240€	226€	
			Module C	441,60€	24,40€	
			Module PLUS	456€	10€	
Couronne céramométallique sur molaire (prix libres)	600€	75,25€	Couv.2	150,50€	374,25€	
			Module A ou B	215€	309,75€	
			Module C	395,60€	129,15€	
			Module PLUS	408,50€	116,25€	
Prothèse amovible complète, unimaxillaire, à plaque base résine (100% Santé)	1100€	127,92€	Tout module	972,08€	0€	Honoraires limites de facturation
AIDES AUDITIVES						
2 Prothèses auditives de classe 1 (oreille droite et gauche) pour un adulte (100% Santé)	1900€	480€	Tout module	1420€	0€	Prix limite de vente 950€ / prothèse
2 Prothèses auditives de classe 2 (oreille droite et gauche) pour un adulte, (prix libres)	2952€	480€	Couv.2	320€	2 152€	Prix moyen national 1476€ / prothèse
			Module A, B, C	1200€	1 272€	
			Module PLUS	1620€	852€	

* Les exemples sont donnés à titre indicatif et sont sans valeur contractuelle. Ils s'appliquent à un patient adulte, sans exonération du ticket modérateur et respectant le parcours de soins.

** Les montants indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 € retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement, les bénéficiaires du dispositif «Complémentaire Santé Solidaire».