

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
5				
Tous frais engagés au cours d'un séjour hospitalier				
Honoraires, actes et soins				Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins signataires DPTM*	80 ou 100 % BR*	170 ou 150 % BR	250 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	80 ou 100 % BR	120 ou 100 % BR	200 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	
- Forfait patient urgences	---	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière :				La prise en charge de la chambre particulière est : - illimitée en chirurgie, médecine et obstétrique - limitée à 90 jours par an pour les soins de suite et réadaptation (180 jours par an pour les centres agréés de rééducation fonctionnelle) - limité à 90 jours par an pour les maisons d'enfants à caractère sanitaire - Placements à l'année et temporaires exclus..
- Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	60 € / jour	60 € / jour	
- Soins de suite et de réadaptation	---	30 € / jour	30 € / jour	
- Maisons d'enfant à caractère sanitaire	---	30 € / jour	30 € / jour	
- Ambulatoire	---	20 € / jour	20 € / jour	Les suppléments lors d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge par le forfait ambulatoire.
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Frais d'accompagnement	---	45 € / jour	45 € / jour	Prise en charge en cas d'hospitalisation en médecine et chirurgie d'une personne âgée de moins de 16 ans ou de plus de 75 ans, limitée à 30 jours par an. Par frais d'accompagnement dans le cadre d'une hospitalisation , il faut entendre : - Hébergement : sur présentation d'une facture nominative acquittée. - Repas : sur présentation d'une facture nominative acquittée. - Transport : sur présentation des justificatifs des frais engagés pour le déplacement. Les frais d'accompagnement sont remboursés au bénéficiaire des garanties hospitalisé.
Transports remboursés par l'AMO	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
DENTAIRE				
4				
Soins, actes et consultations	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 ou 100 % BR	230 ou 200 % BR	300 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽¹⁾ Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Prothèses	70 % BR	Frais réels moins 70% BR	Frais réels	
Prothèses hors 100 % santé				
Panier à honoraires maîtrisés**				
Prothèses Fixes	70 % BR	280% BR	350% BR	
Prothèses dentaires amovibles	70 % BR	255 % BR	325% BR	
Autres prothèses dentaires : Transitoires, réparations ,adjonction	70 % BR	80 % BR	150% BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	130 % BR	200 % BR	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
Panier à honoraires libres				
Prothèses Fixes	70 % BR	180% BR	250% BR	
Prothèses dentaires amovibles	70 % BR	255 % BR	325% BR	
Autres prothèses dentaires : Transitoires, réparations ,adjonction	70 % BR	80 % BR	150% BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
- Réfection Réparation prothèses dentaires amovibles	---	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Orthodontie	---	145,13 €	145,13 €	Forfait par semestre et par bénéficiaire
- Implant	---	400 €	400 €	Montant par implant, limité à 1 par an
OPTIQUE 5				
1 monture et 2 verres tous les deux ans date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.				
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe A				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100% santé" et d'établir un devis.
- Monture	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
- Verres (tous types de corrections)	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - moins de 16 ans				
- Monture	60 % BR	70 € moins 60% BR	70 €	
- Verre simple	60 % BR	40 € moins 60% BR	40 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	160 € moins 60% BR	160 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	160 € moins 60% BR	160 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - à partir de 16 ans				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60% BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	95 € moins 60% BR	95 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	145 € moins 60% BR	145 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	145 € moins 60% BR	145 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription y compris les verres neutres	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	40 % BR + 150 €	100 % BR + 150 €	Forfait unique par an et par bénéficiaire
- Forfait lentilles non remboursées par l'AMO	---	150 €	150 €	
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	---	320 €	320 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par œil

VERSION TDG 2022

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
MEDECINE & PHARMACIE				
4				
Honoraires médicaux				
Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	130 % BR	200 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	110 % BR	180 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	130 % BR	200 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	110 % BR	180 % BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	Sauf renonciation formelle du souscripteur à ce remboursement
SOINS COURANTS				
4				
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Actes d'imagerie, d'échographie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	80 % BR	150 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	60 % BR	65 % BR	125 % BR	
Honoraires médicaux, de surveillance et soins thermaux remboursés par l'AMO	65 % BR	35 % BR	100 % BR	Les honoraires de surveillance et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les hébergements remboursés par l'AMO
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ Classe I				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Aides auditives	60 % BR	Frais réels moins 60%BR	Frais réels	
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	40 % BR + 300 €	100 % BR + 300 €	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	40 % BR + 450 €	100 % BR + 450 €	
Accessoires, entretien, piles réparation, implants cochléaires	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage	60 ou 100 % BR	190 ou 150 % BR	250 % BR	

VERSION TDG 2022

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE - PRESTATIONS PARTICULIERES2				
Actes de prévention	---	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
CRÉDIT ANNUEL TOTAL POUR LES PRESTATIONS SUIVANTES :			100 €	
Médecine non remboursée				
Fécondation in vitro (à partir de la 5ème)	---	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Micro sclérose	---	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Parodontologie	---	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Médecines complémentaires : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute.	---	25 €	25 €	Forfait par séance - limité à 3 séances par an et par bénéficiaire
- Médicaments prescrits				Les médicaments concernés sont ceux figurant sur la base de données Vidal consultable sur le site : https://www.vidal.fr/Sommaires/Medicaments-A.htm
· Moyens de contraception, sevrage tabagique, autres vaccins	---	50 €	50 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Confort				
· Loupe visuelle pour amblyope	---	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire
· Frais d'hébergement thermal	---	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire si cure thermique remboursée par l'AMO
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale.
MEDECIN DIRECT - Consultation médicale à distance 24H/24 - 7J/7 : avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; · Proposition d'un avis, d'un conseil, voire d'un diagnostic médical accompagnée d'une ordonnance électronique lorsque la situation le permet	---	OUI	OUI	 Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr, depuis le site Internet www.medicindirect.fr depuis l'application mobile MédecinDirect Service 100% confidentiel et sécurisé
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
Accès aux ateliers prévention santé	---	OUI	OUI	Ateliers proposés en agence.

VERSION TDG 2022

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général / T.M.= Ticket modérateur / F.R. = Frais réels / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Pour tous les actes non remboursés par l'AMO, le remboursement se fera sur facture nominative et acquittée.

** Actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO. **Soins à l'étranger : Les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.**

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.