MUTÉO SANTÉ COMMUNALE

La participation de l'**A**ssurance **M**aladie **O**bligatoire (AMO) correspond à un pourcentage de la **B**ase de **R**emboursement (BR) ou au montant en euros de celui-ci. La BR est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'AMO en France. Les tarifs desdits remboursements sont fixés par convention entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs Salariés (CNAMTS).

La mutuelle de Bagneaux applique la règlementation sur les contrats responsables. Les montants mentionnés dans les tableaux ci-après s'appliquent si l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés – Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 et 3 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005

Les garanties issues de la réglementation sur le Reste à charge 0 en santé (cf. optique et dentaire) sont consultables sur le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et sur notre site **www.lamutuelledebagneaux.fr.**

La participation de la Mutuelle de Bagneaux est exprimée soit en pourcentage de la BR soit en euros. Pour tout acte ou frais de santé pris en charge par l'AMO et ne figurant pas dans les tableaux ci-après, La Mutuelle de Bagneaux rembourse le ticket modérateur (partie des dépenses de santé à la charge du patient après le remboursement de l'AMO) et dans la limite des dépenses engagées. Conformément à la règlementation sur les contrats responsables loi N° 2004-810 du 13 août 2004, La Mutuelle de Bagneaux pratique le tiers payant.

Soins Courants

Remboursement AMO + Mutuelle

	MUT-ECO	MUT-SECU	MUT-CONFORT
Consultations et Visite de Généralistes • Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO[1] • Non Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO[1]	100 % BR 100 % BR	130 % BR 110 % BR	130 % BR 110 % BR
Consultations et Visite de Spécialistes • Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO[1] • Non Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO[1]	100 % BR 100 % BR	161 % BR 141 % BR	178 % BR 158 % BR
Téléconsultation MEDAVIZ (30 spécialités joignable en permanence inclus dans votre contrat) 09 73 03 02 66	Offert	Offert	Offert
Acte en ADI (Radio), ADE (Echographie), ATM (Acte Technique Médical) ADC (soins de ville) acte en K • Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO[1] • Non Signataire de l'OPTAM/OPTAM CO[1]	100 % BR 100 % BR	130 % BR 110 % BR	178 % BR 158 % BR
Auxiliaires médicaux (Infirmier, Kinésithérapeute, Orthophonie…)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
• **Analyses Médicales** pris en charge par l'AMO • **Analyses Médicales** Hors Nomenclature forfait par année civile	100 % BR NEANT	100 % BR NEANT	100 % BR 40 € par an
Pharmacie et Vaccin *remboursés par l'AMO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Appareillage (Hors dentaire**) et/ou orthopédie** *remboursé par l'AMO forfait par année civile*	100 % BR	100 % BR + 200 €	100% BR + 300 €

[1] OPTAM/OPTAM-CO : **O**ption **P**ratique **TA**rifaire **M**aîtrisée (anciennement CAS = Contrat d'Accès aux Soins) / OPTAM CO = OPTAM pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique / Dispositifs mis en place par l'Assurance Maladie pour limiter les dépassements d'honoraires. Pour savoir si votre médecin est signataire, contactez la Sécurité sociale au 3646 ou consultez annuairesante.ameli.fr

AMO : **A**ssurance **M**aladie **O**bligatoire

BR : **B**ase de **R**emboursement de la Sécurité Sociale

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

SOINS COURANTS

ECONOMIE

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	**7,50 €**	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires - Secteur 1	30 €	20 €	**9 €**	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie signataire de l'OPTAM/OPTAM CO	44 €	20 €	**9 €**	15 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non-signataire de l'OPTAM/OPTAM CO)	56 €	20 €	**9 €**	27 €

SECURITE

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	**7,50 €**	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires - Secteur 1	30 €	20 €	**9 €**	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie signataire de l'OPTAM/OPTAM CO	44 €	20 €	**24 €**	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non-signataire de l'OPTAM/OPTAM CO)	56 €	20 €	**21,30 €**	14,70

CONFORT

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	**7,50 €**	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires - Secteur 1	30 €	20 €	**9 €**	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie signataire de l'OPTAM/OPTAM CO	44 €	20 €	**24 €**	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non-signataire de l'OPTAM/OPTAM CO)	56 €	20 €	**26,40 €**	9,60 €

En cas d'**hospitalisation** en hôpital ou en clinique privée conventionnée, l'Assurance maladie prend en charge une partie des frais inhérents aux soins de santé de l'assuré.
Toutefois, une part des dépenses de santé reste à votre charge ou celle de votre complémentaire santé selon votre contrat (ticket modérateur, forfait journalier, soins de confort, chambre particulière, dépassements d'honoraires).
(Hors établissements Médicaux sociaux).

Dans certains cas particuliers, le patient hospitalisé peut bénéficier d'une exonération du ticket modérateur et du forfait journalier voir site ameli.fr, les suppléments pour confort ainsi que les éventuels dépassements d'honoraires restent à la charge du patient même dans ce cadre.

Hospitalisation (Etablissement conventionné et non conventionné)

Remboursement AMO + Mutuelle

	MUT-ECO	MUT-SECU	MUT-CONFORT
Frais de Séjours en hospitalisation - Médicale (DMT 101) - Chirurgicale (DMT 137) - Maternité (DMT 230)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de Séjours en hospitalisation en établissements spécialisés *si pris en charge par l'AMO* - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier illimité **(à l'exception des établissements Médico-sociaux)** - Médecine (DMT 101) - Chirurgie (DMT 137) - Maisons de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Honoraires des Praticiens en Chirurgie et Anesthésie Signataires de l'OPTAM et OPTAM CO (DMT 137)	100 % BR	220 % BR Limité à 150 € par an	230 % BR Limité à 300 € par an
Honoraires des Praticiens en Chirurgie et Anesthésie NON-Signataires de l'OPTAM et OPTAM CO (DMT 137)	100 % BR	200 % BR Limité à 150 € par an	200 % BR Limité à 300 € par an
Participation forfaitaire pour les Actes Techniques (si K≥ 50 ou frais réels ≥ 120 €)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait Patient URGENCES (Acte en FPV et FPU)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière limité à 30 jours par an - Médecine (DMT 101) - Chirurgie (DMT 137) - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230) - Maternité (DMT 183)	NEANT	50 € par jour	60 € par jour
Frais Accompagnant *enfant -16 ans ou enfant handicapé 30 jours par an*	NEANT	30 € par jour	30 € par jour
Forfait Maternité ou Adoption, *forfait par enfant si inscrit à la mutuelle comme ayant droit*	200 €	200 €	200 €
Transport *remboursé par l'AMO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de Télévision 30 jours par hospitalisation (sous réserve que la facture soit envoyée dans les 30 jours qui suis la sortie de l'hospitalisation)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
COGEMUT **FilAssistance** assistance à domicile après hospitalisation (voir conditions). ☎ 09 77 40 85 36	Oui	Oui	Oui

***OPTAM** = **O**ption **P**ratique **TA**rifaire **M**aîtrisée (anciennement CAS = Contrat d'Accès aux Soins) / OPTAM CO = OPTAM pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique / Dispositifs mis en place par l'Assurance Maladie pour limiter les dépassements d'honoraires.
Pour savoir si votre médecin est signataire, contactez la Sécurité sociale au 3646 ou consultez annuairesante.ameli.fr
AMO : **A**ssurance **M**aladie **O**bligatoire
BR : **B**ase de **R**emboursement de la Sécurité Sociale

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

HOSPITALISATION

ECONOMIE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	**20 €**	0 €
Honoraires d'un chirurgien signataire OPTAM/OPTAM-CO pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	271,70 €	**0 €**	**83,30 €**
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non-signataire OPTAM/OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	271,70 €	**0 €**	**159,3 €**

SECURITE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	**20 €**	0 €
Honoraires d'un chirurgien signataire OPTAM/OPTAM-CO pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	271,70 €	**83,30 €**	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non-signataire OPTAM/OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	271,70 €	**150,00 €**	9,30 €

CONFORT	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	**20 €**	0 €
Honoraires d'un chirurgien signataire OPTAM/OPTAM-CO pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	271,70 €	**83,30 €**	0 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non-signataire OPTAM/OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	271,70 €	**159,30 €**	0 €

Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débutera progressivement à partir du 1er janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

Définition des dispositifs médicaux de correction optique

Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.

« **Les équipements d'optique médicale** sont des dispositifs médicaux comme définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique. **Ils sont composés d'une monture et de deux verres correcteurs**.

« **Les dispositifs médicaux** utilisés en optique médicale sont pris en charge par l'assurance maladie s'ils vérifient l'ensemble des spécificités techniques minimales décrites aux paragraphes suivants. Deux classes de verres et deux classes de montures sont identifiées : les classes A Panier Reste à Charge 0 (pour les verres et pour les montures) et les classes B Panier Libre (pour les verres et pour les montures). Sauf mention contraire, les présentes dispositions s'appliquent aux dispositifs de classe A et de classe B.

Optique

Remboursement AMO + Mutuelle	MUT-ECO	MUT-SECU	MUT-CONFORT
100% SANTE : Equipement remboursé dans la limite du prix limite de vente (PLV) (Classe A, cf. annexe)			
Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30€ (classe A).	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**
Verre traitant l'ensemble des troubles visuels	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**
Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**

Panier libre : Equipement remboursé par l'AMO relevant de la classe B (Forfait par verre)			
Monture	55 €	85 €	100 €
Verre simple[1]	60 % BR + 45 €	60 % BR + 55 €	60 % BR + 75 €
Verre complexe[2]	60 % BR + 90 €	60 % BR + 100 €	60 % BR + 120 €
Verre très complexe[3]	60 % BR + 90 €	60 % BR + 100 €	60 % BR + 120 €

Autres			
Lentilles remboursées ou refusées par l'AMO forfait par année civile	60 % BR + 80 €	60 % BR + 100 €	60 % BR + 120 €
Kératotomie (chirurgie réfractive de l'œil) et implants multifocaux forfait par œil et par année civile	NEANT	100 €	150 €

[1] Verres simple A - verres unifocaux sphère entre - 6,00 et + 6,00
- Ou verres unifocaux cylindre < ou égal +4,00 et sphère -6,00 à 0
- Ou verres unifocaux sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égal à 6,00

[2] Verres complexes C - autres verres unifocaux
- Ou verres multifocaux ou progressifs sphère de - 4,00 à + 4,00
- Ou verres multifocaux ou progressifs cylindre < ou égal à +4,00 et sphère de 8,00 à 0
- Ou verres multifocaux ou progressifs sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égal à 8,00

[3] Verres très complexes F - autres verres multifocaux ou progressifs

Conditions générales de renouvellement des équipements

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme **d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement**
- **Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme **d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement**.
- **Pour les enfants jusqu'à 6 ans**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est **possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement** en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier équipement concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

OPTIQUE

ECONOMIE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux	125 €	22,50 €	**102,50 €**	0 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples.	250 €	0,09 €	**145 €**	104,91 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux ou multifocaux	400 €	0,09 €	**145 €**	254,91 €
Lentilles non remboursées par an	200 €	0 €	**80 €**	90 €

SECURITE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux	125 €	22,50 €	**102,50 €**	0 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples.	250 €	0,09	**185 €**	64,91 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux ou multifocaux	400 €	0,09 €	**195 €**	204,91 €
Lentilles non remboursées par an	200 €	0 €	**100 €**	100 €

CONFORT	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux	125 €	22,50 €	**102,50 €**	0 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres simples.	250 €	0,09 €	**249,91 €**	0 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux ou multifocaux	400 €	0,09 €	**250 €**	149,91 €
Lentilles non remboursées par an	200 €	0 €	**120 €**	80 €

Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débutera progressivement à partir du 1er janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

Dentaire

Remboursement AMO + Mutuelle	MUT-ECO	MUT-SECU	MUT-CONFORT
Consultations et Soins dentaires *remboursée par l'AMO* **(C D - SDE - ADA D - ADC D - ADI D - ATM – AXI) ***	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie (TO – ORT) *remboursée par l'AMO* *Forfait par semestre de date en date*	100 % BR + 100 €/semestre	100 % BR + 200 €/semestre	100 % BR + 300 €/semestre
Parodontologie (TDS) *remboursée par l'AMO*	100 % BR	100 % BR	100 % BR

***ADA D** : Actes d'anesthésie dentaire – **ADC D** : Actes de chirurgie dentaire – **ADI D** : Actes d'imagerie dentaire
ATM D : Actes Techniques médicaux dentaire - **AXI** : Prophylaxie buccodentaire

Les consultations chez un dentiste sont prises en charge par l'Assurance maladie et remboursées à 70 % sur la base du tarif conventionnel de l'Assurance maladie.

Les soins dentaires comprennent les soins conservateurs, du type détartrage, traitement d'une carie ou dévitalisation, et les soins chirurgicaux, type extraction. Ils sont remboursés à 70 % sur la base du tarif conventionnel de l'Assurance maladie.
Ces tarifs sont différents lorsqu'ils sont réalisés sur des adultes ou sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans.

Le stomatologiste est un médecin auquel s'applique la participation forfaitaire de 1 €. Les soins dentaires ne sont pas soumis à la participation forfaitaire de 1 € sauf s'ils sont réalisés par un stomatologiste.

Les traitements d'orthodontie ou traitements ODF (souvent appelés *bagues*) sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve d'obtenir l'accord préalable de votre caisse d'Assurance Maladie et s'ils sont commencés avant le 16e anniversaire. Le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de vous en informer préalablement au moyen d'un devis écrit que vous signerez, éventuellement, pour acceptation.

Ce devis doit comporter, notamment, les éléments suivants :

- la description précise et détaillée du traitement proposé et/ou des matériaux utilisés ;
- le montant des honoraires correspondant au traitement ;
- le montant remboursé par l'Assurance Maladie ;
- les éventuels suppléments.

Dentaire

Remboursement AMO + Mutuelle	MUT-ECO	MUT-SECU	MUT-CONFORT
100% SANTÉ dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)[1]			
(CM0-CT0-CZ0-IC0-PA0-PF0-PT0-RA0-RF0-RS0-SU0) - **Couronnes céramiques monolithique et céramo-métalliques** sur les dents visibles (incisives, canines et 1er prémolaire) **couronnes céramiques monolithiques zircones** (incisives et canines) ; **couronnes métalliques** toutes localisations. - **Inlays Core** et **couronnes transitoires** ; - **Bridges céramo-métalliques** (incisives et canines) ; **bridges full zircon** et métalliques toutes localisations ; prothèses amovibles à base de résine.	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**

[1] ***H**onoraires **L**imites de **F**acturation **(HLF)** Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

Le remboursement dentaire est **limité à 2 885,00 € par an pour : Les Inlay-Core, les Inlays-Onlays, les couronnes, les bridges, les prothèses amovibles et la réparation de prothèse**, Hors remboursement Sécurité Sociale.
Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100 % du tarif de responsabilité.

Les prothèses dentaires sont remboursées à 70 % sur la base du tarif conventionnel de l'Assurance maladie.
Le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de vous en informer préalablement au moyen **de 2 devis écrit** que vous signerez, éventuellement, pour acceptation.

- Un devis dans le RAC 0
- Un devis dans le panier maitrisé ou le panier libre

Chaque devis doit comporter, notamment, les éléments suivants :

- La description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ;
- Le montant des honoraires correspondant au traitement ;
- Le montant remboursé par l'Assurance Maladie.

Dentaire

Remboursement AMO + Mutuelle

	MUT-ECO	MUT-SECU	MUT-CONFORT
Panier Maîtrisé : dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)[1]			
Inlay-Core (IC1) par acte *remboursé par l'AMO*	100 % BR	150 % BR	180 % BR
Inlay-Onlay (IN1) *remboursé par l'AMO*	150 % BR	200 % BR	220 % BR
Couronne dentaire transitoire (CT1) *remboursée par l'AMO*	150 % BR	200 % BR	220 % BR
Couronne dentaire (CZ1-SU1) *remboursée par l'AMO forfait par dent* **limité à 3 dents par année**	220 % BR	220 % BR + 150 €/ dent	220 % BR + 200 €/dent
Prothèses amovibles (PA1-PF1-SU1) *remboursées par l'AMO forfait par année civile*	220 % BR	220 % BR + 300 €	220 % BR + 500 €
Bridges *(BR1)* remboursés *par l'AMO forfait par année civile*	220 % BR	220 % BR + 200 €	220 % BR + 350 €
Réparation prothèse (RE1)	150 % BR	200 % BR	220 % BR

Panier Libre			
Inlay-Core (ICO) par acte	100 % BR	150 % BR	180 % BR
Inlay-Onlay (INO) *remboursée par l'AMO*	150 % BR	200 % BR	220 % BR
Couronne dentaire transitoire (PDT) *remboursé par l'AMO*	150 % BR	200 % BR	220 % BR
Couronnes dentaires (PFC-PFM) *remboursé par l'AMO* ***forfait par dent***	220 % BR	220 % BR + 150 €/dent	220 % BR + 200 €/dent
Bridges remboursés *par l'AMO* **Prothèses amovible** *remboursé par l'AMO* **(PAM – PAR-PFC-PFM)** *forfait par année civile*	220 % BR	220 % BR + 300 €	220 % BR + 500 €
Implantologie (IMP) • Implant *non remboursé par l'AMO forfait par an* • Couronne dentaire implantoportée *(remboursé par l'AMO) forfait par dent*	NEANT 220 % BR	200 € 220 % BR + 150 €	400 € 220 % BR + 200 €
Réparation sur prothèse Tarif libre (RPN)	150 % BR	200 % BR	220 % BR

[1] **H**onoraires **L**imites de **F**acturation **(HLF)** Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

DENTAIRE

ECONOMIE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Détartrage	28,92 €	20,24 €	**8,68 €**	0 €
100% santé Couronne Céramo-métallique dent du sourire	500,00 €	84 €	**416 €**	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires du panier maîtrisé	500,00 €	84 €	**180 €**	236 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70€	84 €	**180 €**	274,70 €
Bridge de base 3 éléments – 2 piliers – 1 inter céramo-métallique	1 320,00 €	195,65 €	**419,25 €**	705,10 €

SECURITE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Détartrage	28,92 €	20,24 €	**8,68 €**	0 €
100% santé Couronne Céramo-métallique dent du sourire	500,00 €	84 €	**416 €**	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires du panier maîtrisé	500,00 €	84 €	**330 €**	86 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70€	84 €	**330 €**	124,70 €
Bridge de base 3 éléments – 2 piliers – 1 inter céramo-métallique	1 320,00 €	195,65 €	**619,25 €**	505,10 €

CONFORT	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Détartrage	28,92 €	20,24 €	**8,68 €**	0 €
100% santé Couronne Céramo-métallique dent du sourire	500,00 €	84 €	**416 €**	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires du panier maîtrisé	500,00 €	84 €	**380 €**	36 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70€	84 €	**380 €**	74,70 €
Bridge de base 3 éléments – 2 piliers – 1 inter céramo-métallique	1 320,00 €	195,65 €	**769,25 €**	355,10 €

SPÉCIFICATIONS TECHNIQUES DES AIDES AUDITIVES *(Arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale)*

Une aide auditive (ou audioprothèse) est un dispositif médical à usage individuel destiné à compenser électroacoustiquement, au moyen d'une amplification appropriée, les pertes d'audition des malentendants ou les troubles de la compréhension.

Le dispositif est de petite dimension et alimenté de façon autonome au moyen de batteries (piles ou accumulateurs). Il est en outre conforme à la norme NF EN 60118. I.1.

Type d'aides auditives

Les aides auditives sont de l'un des types suivants :

– contour d'oreille (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon) ;
– contour à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon) ;
– intra-auriculaire (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif).

2 catégories

- Aide auditive pour les personnes jusqu'à 20 ans ou les personnes atteintes de cécité
- Aide auditive pour les personnes âgées de plus de 20 ans

Aides auditives

Remboursement AMO + Mutuelle	MUT-ECO	MUT-SECU	MUT-CONFORT
100% SANTÉ dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)*			
- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire ; - Au moins 12 canaux de réglages (ou dispositif de qualité équivalente pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ; - 4 ans de garantie ; - Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits de vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptives, bande passante élargie ≥ 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.	**Frais réels**	**Frais réels**	**Frais réels**

Panier LIBRE dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)[2]			
Prothèses Auditives *remboursées par l'AMO* Forfait par oreille et par année civile (Limité 2 appareils par an)	100% BR + 80 €/oreille	100% BR + 300 €/oreille	100% BR + 350 €/oreille
Aide auditive Piles - Entretien et réparation	100 % BR	100 % BR	100 % BR

***H**onoraires **L**imites de **F**acturation **(HLF)** Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés »

Acte de prévention

Remboursement AMO + Mutuelle	MUT-ECO	MUT-SECU	MUT-CONFORT
Tous les actes de prévention prévus dans la liste au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale et par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ostéopathe, Chiropracteur, Étiopathe, Pédicure, Diététicien au choix par année civile	20 € séance 2 séances par an	20 € séance 2 séances par an	20 € séance 3 séances par an
Ostéodensitométrie osseuse (1 acte tous les 3 ans)	20 € par acte	20 € par acte	20 € par acte
Vaccins *non remboursés par l'AMO*	10 € par vaccin	15 € par vaccin	15 € par vaccin
Cure Thermale *remboursée par l'AMO* **Forfait Hébergement Cure** par année civile	100 % BR NEANT	100 % BR 120 €	100 % BR 150 €
Soins à l'étranger remboursés par l'AMO	100 %	100 %	100 %

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

AIDE AUDITIVE

ECONOMIE	**Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé**	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Aide auditive de classe I, par oreille (plus de 20 ans), **100% santé**	950 €	240 €	**710 €**	0 €
Aide auditive de classe II prix libre (plus de 20 ans) par oreille tarif libre mais plafonné à 1 700 € par oreille	1 476 €	240 €	**240 €**	996 €

SECURITE	**Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé**	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Aide auditive de classe I, par oreille (plus de 20 ans), **100% santé**	950 €	240 €	**710 €**	0 €
Aide auditive de classe II prix libre (plus de 20 ans) par oreille tarif libre mais plafonné à 1 700 € par oreille	1 476 €	240 €	**460 €**	776 €

CONFORT	**Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé**	Remboursement de l'AMO	**Remboursement de la mutuelle**	Reste à charge de l'adhérent
Aide auditive de classe I, par oreille (plus de 20 ans), **100% santé**	950 €	240 €	**710 €**	0 €
Aide auditive de classe II prix libre (plus de 20 ans) par oreille tarif libre mais plafonné à 1 700 € par oreille	1 476 €	240 €	**510 €**	726 €