

## PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES à la SECURITE SOCIALE au 1<sup>er</sup> JANVIER 2022 - Options B - C - D labellisées

Nos prestations couvrent le TICKET MODERATEUR (TM) à 100 % en fonction de la base de remboursement de la Sécurité Sociale ainsi que des PRESTATIONS FORFAITAIRES selon l'option.	TM	PRESTATIONS FORFAITAIRES		
		Option B	Option C	Option D
<b>ACTES ET SOINS COURANTS</b>				
<b>Pharmacie</b> : médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
<b>Homéopathie non remboursée UNIQUEMENT</b> sur prescription médicale			<b>100 € / an</b>	
<b>Analyses médicales – Actes de laboratoires</b> remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
<b>Frais de transport</b> remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
<b>Auxiliaires médicaux</b> (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues) remboursés par la Sécurité Sociale	100%			
<b>Médecins généralistes (1a)</b> , sage-femmes (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) (par acte)	100%		<b>10 €</b>	<b>15 €</b>
<b>Médecins généralistes NON OPTAM ou NON OPTAM-CO</b>	100%		10 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	15 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
<b>Médecins spécialistes (1a)</b> , acte de chirurgie en cabinet médical (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) (par acte)	100%	<b>10 €</b>	<b>20 €</b>	<b>40 €</b>
<b>Médecins spécialistes NON OPTAM ou NON OPTAM-CO</b>	100%	10 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	20 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	40 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
<b>Professeurs codifiés en C3 (1a)</b> (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) (par acte)	100%		<b>40 €</b>	<b>70 €</b>
<b>Professeurs codifiés en C3 NON OPTAM ou NON OPTAM-CO</b>	100%		40 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	70 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
<b>Radiologie (1a)</b> (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) (hors dentaire), imagerie médicale, échographie, remboursée par la Sécurité Sociale (par acte)	100%	<b>10 €</b>	<b>20 €</b>	<b>40 €</b>
<b>Radiologie NON OPTAM ou NON OPTAM-CO</b>	100%	10 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	20 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	40 € minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS
<b>Psychologue remboursé par l'assurance maladie</b> : 8 séances par an (1b)	100 %			
<b>Médecines douces (2) (par séance - 3 par an tous spécialistes confondus)</b> pouvant intervenir pour ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue, psychologue non pris en charge par l'assurance maladie, diététicien, nutritionniste, ergothérapeute, psychomotricien, reflexologue, étiope, mésothérapeute, naturopathe, hypnothérapeute.		<b>15 €</b>	<b>20 €</b>	<b>25 €</b>
<b>HOSPITALISATION (3)</b>				
<b>Forfait journalier hospitalier &amp; Forfait Patient Urgence</b>		Pris en charge intégralement		
Frais de séjour	100%			
<b>Chambre particulière</b> et/ou <b>dépassements d'honoraires (1a)</b> et/ou <b>soins ambulatoires (1a)</b> (médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée)		<b>600 € / an</b>	<b>760 € / an</b>	<b>1 400 € / an</b>
<b>Chambre particulière</b> et/ou <b>dépassements d'honoraires (1a)</b> et/ou <b>soins ambulatoires (1a)</b> (médecins NON OPTAM ou NON OPTAM-CO)		600 € / an minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	760 € / an minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS	1 400 € / an minoré de 20% sur la BRSS et plafonné à 100% de la BRSS

OPTIQUE (4)				
Equipement 100% santé (5) - verres et monture de classe A - 1 équipement pour 2 ans – TM inclus		100 % du PLV (6) maximum 370 € dont 30 € monture (5)		
Autres équipements (5) sur verres et monture de classe B ou A + B - 1 équipement pour 2 ans - Monture limitée à 100 € (5) – TM inclus				
Equipement complet : Monture + 2 verres		200 €	300 €	
(5) Par verre	Monture			100 €
	Verre simple (5)			125 €
	Verre complexe (5)			175 €
	Verre très complexe (5)			225 €
Autres : Adaptation de la correction visuelle, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système anti-ptosis, verres lse-iconiques) (5)		100%		
Chirurgie oculaire au laser non prise en charge par la Sécurité Sociale			200 € / an	350 € / an
Lentilles prescrites, remboursées ou non par la Sécurité Sociale		100%	110 € / an	160 € / an
AUDIOPROTHESE				
Equipement 100% santé (5) Classe I par oreille (tous les 4 ans) (7)		100 %	100 % du PLV (6)	
Autres équipements Classe II par oreille (tous les 4 ans) (7) dans la limite de 1 700 € TM inclus, conformément à la réglementation en vigueur		100%	250 €	400 €
Autres équipements Classe II par oreille (tous les 4 ans) (7) Moins de 20 ans ou atteint de cécité dans la limite de 1 700 € TM inclus, conformément à la réglementation en vigueur		100%	100 €	200 €
Consommables, piles ou accessoires, remboursés par la Sécurité Sociale		100%		300 €
DENTAIRE				
Prothèse (8) et soin 100% santé (5)			100 % du PLV (6)	
Soin ou radiologie dentaire (par acte) (9)		100%		
Prothèse dentaire ou inlay - Tarif maîtrisé & Tarif libre (10)		100%	250 € / an	500 € / an
Implant dentaire (11)		100%	250 € / an	500 € / an
Orthodontie remboursée ou non par la sécurité sociale		100%	150 € / an	300 € / an
Parodontologie (12)		100%	50 € / an	100 € / an
AUTRES				
Densitométrie osseuse		100%	40 € / an	50 € / an
Prothèse Diverse / Petit Appareillage (13) (accessoires, pansements, orthèses) prescrits et remboursés par la Sécurité Sociale (par an)		100%	160 € / an	400 € / an
Cure prescrite et remboursée par la Sécurité Sociale (transport, hébergement)		100%	140 € / an	
Forfait Accouchement (1 an d'adhésion et inscription de l'enfant à la naissance)			200 €	300 €

Le tableau des prestations indique les plafonds de remboursements des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées, conformément à la loi. Les forfaits annuels s'entendent en année civile, sauf pour l'optique et l'audioprothèse, conformément à la réglementation en vigueur. Pour plus de détails, voir les statuts et règlements mutualistes.

(1a) Dépassement d'honoraires : les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) subissent un abattement de 20 % sur la BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) et un plafond de remboursement dans la limite de 100% de la BRSS, conformément à la réglementation en vigueur.

(1b) Psychologue : s'entend par les actes codés EEP, APS, PSS des codes de regroupement de la CCAM. Prise en charge du Ticket modérateur en intégralité. Dès 3 ans et plus, sur adressage par le médecin traitant ou médecin impliqué dans la prise en charge (courrier). Séances chez un psychologue conventionné pour 8 séances maximum par an (année civile) comprenant : 1 entretien d'évaluation (EEP) obligatoirement réalisé en présence du patient et 7 séances de suivi (APS ou PSS). Un renouvellement sera possible l'année suivante. Le psychologue fait l'objet d'une sélection attestant de sa qualification. Il est signataire d'une convention avec la caisse d'assurance maladie de son lieu d'exercice. Les séances ne peuvent donner lieu à dépassement.

(2) Médecines douces : pouvant intervenir pour ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, podologue, psychologue non pris en charge par la SS, diététicien, nutritionniste, ergothérapeute, psychomotricien, réflexologue, étiope, mésothérapeute, naturopathe.

(3) Hospitalisation : uniquement pour les établissements conventionnés.

(4) Optique : sur prescription médicale uniquement, limitation à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les 24 mois. Le renouvellement anticipé sera éventuellement possible après un délai de 12 mois et uniquement en cas de changement de dioptrie (0.5) dans l'une des situations listées par l'arrêté du 3 décembre 2018 (évolution de la vue ou certaines pathologies). Pour les enfants de plus de 6 ans et jusqu'à 15 ans inclus, un équipement pourra être remboursé tous les ans. Pour les enfants de moins de 6 ans, le délai d'un an s'applique, sauf en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage où il sera ramené à 6 mois. Les délais s'entendent « par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application de ce délai ». A noter : dans certaines situations, la prise en charge de deux équipements est autorisée : intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. **Nota** - Délai de validité d'une prescription médicale :

- Pour des verres correcteurs : moins de 16 ans → 1 an ; de 16 à 42 ans → 5 ans ; plus de 42 ans → 3 ans

- Pour des lentilles : moins de 16 ans → 1 an ; plus de 16 ans → 3 ans.

(5) tels que définis par la réglementation.

(6) PLV : Prix limite de vente tel que défini par la réglementation.

(7) Audioprothèse : limitation à un équipement par oreille tous les 4 ans. La période s'entend à partir de la date d'achat du dernier équipement. La réglementation en vigueur plafonne le remboursement par oreille à 1 700 € (sécurité sociale + mutuelle) maximum.

(8) Prothèse 100 % Santé : s'entend par les actes codés CMO, CTO CZO, ICO, PAO, PFO, PTO, RAO, RSO, SUO des codes de regroupement de la CCAM dentaire.

(9) Soin dentaire : s'entend par les actes codés AXI, END, INO, SDE des codes de regroupement de la CCAM dentaire

(10) Prothèses dentaires ou INLAY : s'entend par les actes codés BR1, PA1, PF1, PFC, RE1, SUI, PAM, PAR, RPN des codes de regroupement de la CCAM dentaire.

(11) Implant : s'entend par les actes codés IMP des codes de regroupement de la CCAM dentaire.

(12) Parodontologie : acte codé TDS en code de regroupement de la CCAM dentaire

(13) Prothèse Diverse / Petit Appareillage : hors dentaire et auditif.

**Nota** - non pris en charge tous les actes HN : Hors nomenclature

**BRSS** : Base de remboursement de la Sécurité Sociale – **TM** : Ticket modérateur – **Sécurité Sociale** : Sécurité Sociale

## COTISATIONS au 1<sup>er</sup> JANVIER 2022

La cotisation est individuelle et est maintenue dans la tranche d'âge à l'adhésion\* sauf en cas de changement d'option. L'âge de référence est celui du mois de l'adhésion.

Cotisations mensuelles	Option B	Option C	Option D
« Spécial 16/30 ans » **	32,45 €	39,65 €	59,45 €
30 à moins de 40 ans*	47,70 €	61,90 €	95,70 €
40 à moins de 50 ans*	56,35 €	73,90 €	114,95 €
50 à moins de 60 ans*	69,10 €	88,60 €	136,15 €
60 ans et plus	77,30 €	97,90 €	148,40 €
Enfant (gratuité à partir du 3 <sup>ème</sup> )	28,55 €	36,10 €	51,50 €

\*\*le mois du 30<sup>ème</sup> anniversaire

*passage dans la tranche des moins de 40 ans qui devient définitive, sauf en cas de changement d'option*

(1) - **Modalités de calcul des cotisations d'un contrat labellisé** : pour toute année non cotisée à une garantie labellisée postérieure à l'âge de trente ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie labellisée, il est calculé par l'organisme proposant une garantie labellisée une majoration égale à 2 % par année. Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés. Le coefficient de majoration ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis à l'organisme auprès duquel l'agent souhaite souscrire ou adhérer à une garantie labellisée.

## SERVICES INCLUS DANS LA COTISATION

**TIERS PAYANT GENERALISE** sur l'ensemble du territoire français pour : pharmacies, laboratoires, auxiliaires médicaux, médecins généralistes, spécialistes, établissements hospitaliers, etc...

**TELETRANSMISSION** : Ce système, étendu à tout le territoire français, permet de percevoir les remboursements de la Mutuelle 2 à 3 jours après ceux de la Sécurité Sociale.

Un « **ESPACE ADHERENT** » EN LIGNE et UNE APPLICATION POUR **TELEPHONE MOBILE** permet de suivre les remboursements et les cotisations, de demander un changement administratif, de recevoir les décomptes sous format papier ou les obtenir en ligne.

« **MA MUTUELLE ASSISTANCE** » intervient :

- en cas d'hospitalisation, d'immobilisation au domicile, de traitement par radiothérapie ou chimiothérapie ou en cas de décès ;
- si un enfant est malade ou hospitalisé ;
- si la personne en charge de l'enfant est malade ;
- en cas de maternité ;
- pour une protection juridique santé ;
- des services spécifiques « Spécial Seniors » sont également proposés.