



Soins courants

Honoraires médicaux

		Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Généralistes Consultations, visites	OPTAM	120%	170%	220%	270%
	Hors OPTAM	100%	150%	200%	200%
Spécialistes Consultations, visites	OPTAM / OPTAM CO	120%	170%	220%	270%
	Hors OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	200%
Actes techniques médicaux (Hors hospitalisation)	OPTAM / OPTAM CO	120%	170%	220%	270%
	Hors OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	200%
Forfait actes lourds - Forfait patient urgences		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

Imageries et Analyses médicales

		Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Radiologie	OPTAM / OPTAM CO	120%	170%	220%	270%
	Hors OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	200%
Echographie - Doppler	OPTAM / OPTAM CO	120%	170%	220%	270%
	Hors OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	200%
Acte de Biologie		120%	170%	220%	270%

Honoraires Paramédicaux

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Auxiliaires médicaux	120%	170%	220%	270%
Transport pris en charge par le RO Ambulance, véhicule sanitaire léger	100%	100%	100%	100%

Médicaments

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Pharmacie remboursée par le RO	100%	100%	100%	100%

Matériel médical

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Appareillage - Orthopédie (Hors véhicule pour personne à mobilité réduite)	100%	200%	300%	400%
Véhicule pour personnes à mobilité réduite Valable uniquement sur l'achat : carence de 12 mois et 1 véhicule tous les 3 ans	100%	200%	300%	400%



Hospitalisation⁽¹⁾

Hébergement

		Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Forfait journalier		Prise en charge illimitée	Prise en charge illimitée	Prise en charge illimitée	Prise en charge illimitée
Frais de séjour Hospitalisation, maladie, chirurgie, maternité, moyen séjour, psychiatrie	Hôpitaux conventionnés	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Hôpitaux non conventionnés	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière sans limitation de durée Par jour - Sauf maison de repos et rééducation fonctionnelle : prise en charge limitée à 89 jours par an et par bénéficiaire		90 €	130 €	140 €	150 €
Chambre particulière en ambulatoire Par jour		70 €	70 €	70 €	70 €
Chambre particulière en psychiatrie Par jour - Prise en charge limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire		30 €	40 €	50 €	60 €
Forfait actes lourds		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais d'accompagnement ⁽²⁾ Par jour - Bénéficiaires de moins de 16 ans et de 65 ans et plus		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

Honoraires

		Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Honoraires : actes pris en charge par le RO Chirurgie, anesthésie, maternité	OPTAM / OPTAM CO	150%	200%	300%	400%
	Hors OPTAM / OPTAM CO	130%	180%	200%	200%

Pour les actes remboursés par la Sécurité Sociale : prise en charge intégrale du TM. Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'OPTAM ainsi que l'ensemble des prestations de cette garantie sont strictement limitées selon les dispositions du contrat responsable. Toutes les prestations (y compris les forfaits) sont remboursées dans la limite des frais réellement engagés avec prise en charge intégrale du TM. Votre mutuelle conditionne le remboursement de certaines prestations à la présentation d'une facture détaillée et acquittée. Des documents complémentaires pour l'instruction de votre dossier pourront être exigés ; cf. Notice d'Information ou Règlement Mutualiste.

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - CO : Chirurgien Obstétricien - TM : Ticket Modérateur - BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire - RO : Régime Obligatoire - ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

(1) 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.

(2) L'accompagnant doit séjourner dans l'établissement hospitalier ou dans une structure d'accueil dédiée, type maison parents-enfants. Seuls les frais d'hébergement ou les forfaits accompagnant facturés par l'établissement hospitalier ou la structure d'accueil dédiée sont pris en charge. Veuillez consulter l'article 'Hospitalisation' du RM pour connaître les modalités d'application.



Dentaire

Soins et prothèses dentaires 100% santé

Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
100% des frais réels : prise en charge à hauteur des honoraires limites de facturation tels que définis réglementairement en fonction de la position de la dent et des matériaux			

Soins dentaires hors 100% santé

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Soins dentaires	150%	200%	300%	400%
Inlays - Onlays	150%	200%	300%	400%

Prothèses dentaires hors 100% santé

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Prothèses dentaires prises en charge par le RO	150%	200%	300%	400%
Inlays core	150%	200%	250%	250%
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO Par acte - Y compris bridges sur implant, hors implants et hors prothèses dentaires provisoires	150 €	200 €	300 €	400 €
Prothèses dentaires provisoires Par an et par bénéficiaire	125%	100% + 50 €	100% + 60 €	100% + 70 €

Implantologie

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Implants Par implant - Par an et par bénéficiaire - Sous réserve de renseignements complémentaires	-	250 € limité à 2 implants	400 € limité à 3 implants	600 € limité à 3 implants
Piliers implantaires Par pilier - Par an et par bénéficiaire	-	50 € limité à 2 piliers	100 € limité à 3 piliers	100 € limité à 3 piliers
Radios 3D dans le cadre de l'implantologie Par an et par bénéficiaire	60 €	70 €	80 €	100 €

Orthodontie

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Orthodontie prise en charge par le RO	150%	200%	300%	400%
Orthodontie non prise en charge par le RO (Hors Bilan) Par semestre de traitement - Carence de 12 mois	150 €	200 €	300 €	400 €

Parodontologie

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Parodontologie : maladies parodontales Par an et par bénéficiaire - Sous réserve de renseignements complémentaires	100 €	150 €	150 €	200 €

Plafond pour l'ensemble des actes dentaires hors 100% santé et hors TM

Et au-delà, s'appliquent les garanties du contrat responsable

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Par an et par bénéficiaire	2 000 €	3 000 €	3 500 €	4 000 €



Optique

Equipements 100% santé et compléments optiques

Essentielle

Normale

Améliorée

Maximale

100% des frais réels : prise en charge à hauteur des prix limites de vente tels que définis réglementairement en fonction de la correction.
Pour les autres compléments (prismes, système antiptosis, verres iséiconiques), prise en charge à 100 % BR, Régime Obligatoire inclus.

Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100 % Santé) et de verres appartenant à la classe B réciproquement. Dans ce cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu réglementairement.

Equipements hors 100% santé

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la dernière date d'achat dans la limite du plafond prévu par le contrat responsable. (Sauf dans les cas prévus réglementairement et pour les enfants de moins de 16 ans)

		Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Forfait en € (monture + 2 verres) ⁽¹⁾ (catégories selon décret n°2019-021 du 11/01/2019)	à verres unifocaux simple (cat. «a»)	100 €	200 €*	300 €*	350 €*
	à verres unifocaux complexe (cat. «c»)	200 €*	250 €*	350 €*	400 €*
	à verres multifocaux complexe (cat. «c»)	250 €*	350 €*	450 €*	550 €*
	à verres multifocaux très complexe (cat. «f»)	300 €*	400 €*	500 €*	600 €*

*Monture remboursement maximal : 100 € compris dans les forfaits ci-dessus.
En cas d'équipement mixte (verres de corrections différentes), le forfait applicable correspond à la moyenne des deux forfaits figurant au tableau des garanties.

Forfait optique majoré en cas de non consommation, dans la limite du plafond prévu par le contrat responsable	si non consommation dans les 36 mois	+ 25%	+ 25%	+ 25%	+ 25%
	si non consommation dans les 48 mois	+ 50%	+ 50%	+ 50%	+ 50%

Compléments optiques hors 100% santé

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Adaptation - Appairage - Autres compléments	100%	100%	100%	100%
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO Par an et par bénéficiaire ⁽²⁾	100% + 100 €	100% + 195 €	100% + 290 €	100% + 325 €
Forfait basse vision Par an et par bénéficiaire	-	-	50 €	100 €
Chirurgie réfractive - Implant intraoculaire Par œil	-	200 €	250 €	300 €

Pour les actes remboursés par la Sécurité Sociale : prise en charge intégrale du TM. Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'OPTAM ainsi que l'ensemble des prestations de cette garantie sont strictement limitées selon les dispositions du contrat responsable. Toutes les prestations (y compris les forfaits) sont remboursées dans la limite des frais réellement engagés avec prise en charge intégrale du TM. Votre mutuelle conditionne le remboursement de certaines prestations à la présentation d'une facture détaillée et acquittée. Des documents complémentaires pour l'instruction de votre dossier pourront être exigés ; cf. Notice d'Information ou Règlement Mutualiste.

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - CO : Chirurgien Obstétricien - TM : Ticket Modérateur - BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire - RO : Régime Obligatoire - ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

(1) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00. Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.

(2) Les lentilles non prises en charge par le régime obligatoire sont exclues du remboursement pour les enfants de moins de 10 ans.



Audition

Essentielle

Normale

Améliorée

Maximale

Prothèses auditives 100% santé

100% des frais réels : prise en charge à hauteur du prix limite de vente tel que défini réglementairement. (cf règles de renouvellement)

Prothèses Auditives hors 100% santé

Cette garantie s'applique, s'agissant d'un équipement auditif, aux frais exposés, par période de 4 ans à compter de la date de délivrance, dans la limite du plafond prévu par la réforme 100% Santé. (cf règles de renouvellement)

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Appareillage auditif Par oreille - Bénéficiaire de moins de 20 ans	100%	1 700 € en inclusion du RO	1 700 € en inclusion du RO	1 700 € en inclusion du RO
Appareillage auditif Par oreille - Bénéficiaire de plus de 20 ans	100% + 100 €	100% + 300 €	100% + 500 €	100% + 700 €
Entretien et piles	100%	200%	300%	400%



Cure thermale

Cure thermale

Acceptée par le RO

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Forfait de surveillance médicale - Soins de cure	100%	100%	200%	200%
Hébergement Par forfait - Hors transport	-	160 €	215 €	220 €



Médecines douces

Pack prévention

Par an et par bénéficiaire

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Moyens contraceptifs	Forfait global de 60 €	Forfait global de 90 €	Forfait global de 120 €	Forfait global de 150 €
Vaccins anti-grippe				
Ostéodensitométrie				
Sevrage tabagique				
Diététicien Consultations				
Actes pratiqués par les professions réglementées : Acupuncteur - Ostéopathe - Chiropracteur - Kinésithérapeute - Homéopathe - Psychomotricien - Ergothérapeute - Psychologue (limité à 50% des frais réels) Pris en charge sur présentation d'une facture acquittée mentionnant obligatoirement le numéro de SIRET et ADEL/RPPS du praticien	Forfait global de 60 €	Forfait global de 90 €	Forfait global de 120 €	Forfait global de 150 €
Autres actes de soins de médecines douces : Etiopathie - Kinésiologie - Réflexologie - Naturopathie - Heilpraktiker - Fasciathérapie Pris en charge sur présentation d'une facture acquittée mentionnant obligatoirement le numéro SIRET et le code APE du praticien				
Pharmacie et Homéopathie non remboursées par le RO Sur présentation du volet de facturation du pharmacien (médicaments dont le taux de TVA est inférieur à 20 % et qui figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM)	90% des frais réels limité à 15 €	90% des frais réels limité à 20 €	90% des frais réels limité à 25 €	90% des frais réels limité à 30 €
Auxiliaires médicaux hors nomenclature Honoraires additionnels hors nomenclature, liés à un acte pris en charge par le RO	2 € par séance limité à 20 €	2 € par séance limité à 20 €	3 € par séance limité à 30 €	3 € par séance limité à 30 €



Fidélité

A partir de 12 mois d'ancienneté

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Pédicure - Podologue Par an et par bénéficiaire - Bénéficiaire de plus de 16 ans	-	20 €	25 €	30 €
Participation à la pratique sportive ⁽¹⁾ Par an et par bénéficiaire	-	50% des frais réels limité à 20 €	50% des frais réels limité à 30 €	50% des frais réels limité à 40 €

A partir de 24 mois d'ancienneté

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Chirurgie réfractive - Implants intraoculaires Par œil - Bénéficiaire de plus de 16 ans	-	100 €	100 €	100 €
Facettes céramiques (bloc incisivo-canin) Par an et par bénéficiaire - Bénéficiaire de plus de 16 ans	-	100 €	100 €	100 €

Pour les actes remboursés par la Sécurité Sociale : prise en charge intégrale du TM. Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'OPTAM ainsi que l'ensemble des prestations de cette garantie sont strictement limitées selon les dispositions du contrat responsable. Toutes les prestations (y compris les forfaits) sont remboursées dans la limite des frais réellement engagés avec prise en charge intégrale du TM. Votre mutuelle conditionne le remboursement de certaines prestations à la présentation d'une facture détaillée et acquittée. Des documents complémentaires pour l'instruction de votre dossier pourront être exigés ; cf. Notice d'Information ou Règlement Mutualiste.

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - CO : Chirurgien Obstétricien - TM : Ticket Modérateur - BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire - RO : Régime Obligatoire - ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

(1) Sur présentation du justificatif d'engagement nominatif acquitté (licence, abonnement et/ou inscription à un événement sportif).



Les + MCA

Prestations comprises dans votre formule



Service de téléconsultation 24h/24 & 7j/7

Des professionnels de santé (30 spécialités) répondent à vos questions par téléphone ou par visio en moins de 3 minutes.

Avec Medaviz nos adhérents et leurs ayants droits bénéficient d'un service 100% sécurisé et confidentiel.

09 73 03 02 64 prix appel local



ou via l'application Medaviz

- Consultation audio/vidéo
- Envoi de pièces jointes



MCA Assistance et Protection juridique Santé 24h/24 & 7j/7

Service assuré par Filassistance International

Assistance en cas d'hospitalisation et de maladie d'un enfant, aide aux aidants...

Protection juridique : en cas de litige avec un professionnel ou un établissement de santé.

Info Santé Plus : service de conseil téléphonique sur toutes vos questions de santé

0 810 768 768 service 0,06€ / min + prix appel local

Prestations complémentaires

	Essentielle	Normale	Améliorée	Maximale
Mon soutien Psy	Prise en charge des consultations de psychologues dans le cadre du dispositif Mon soutien Psy dans la limite de 100% BR.			
Sport sur ordonnance en cas d'Affection Longue Durée Par an et par bénéficiaire	Séances d'activité physique prescrites adaptées aux Affection Longue Durée dans la limite de 100 €. Telles que définies à l'article D1172-2 du Code de la santé publique.			
Actes de prévention dans le cadre du contrat responsable Voir Règlement Mutualiste ou Notice d'Information	Dépistage des troubles de l'audition (personnes de plus de 50 ans), vaccinations, bilan du langage oral et/ou d'aptitude à l'acquisition du langage écrit, dépistage hépatite B...			
Fonds Social	Attribution de secours exceptionnels pour les dépenses de santé après étude des cas présentés dans la limite de 1 cas par famille et par an.			
Prime de naissance (ou d'adoption) Par enfant	50 €	100 €	110 €	160 €
Prime de mariage Par famille	50 €	100 €	110 €	160 €