

Nature des frais	Remboursements
SOINS COURANTS – PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (1)	
Consultation médicale généraliste ou spécialiste (médecin n'ayant pas signé l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**)	120 % B.R.*
Consultation médicale généraliste ou spécialiste (médecin ayant signé l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**)	140 % B.R.*
Visite médicale généraliste ou spécialiste (médecin ayant ou n'ayant pas signé l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**)	100 % B.R.*
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'échographie, actes techniques médicaux (ADC, ADA, ADE, ATM) (praticiens n'ayant pas signé l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**)	120 % B.R.*
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'échographie, actes techniques médicaux (ADC, ADA, ADE, ATM) (praticiens ayant signé l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**)	140 % B.R.*
Pharmacie Service Médical Rendu majeur, important, modéré, faible	100 % B.R.*
Biologie	100 % B.R.*
Auxiliaires médicaux	100 % B.R.*
Radiographie, Actes d'imagerie (ADI) (praticiens ayant ou n'ayant pas signé l'OPTAM ou l'OPTAM-CO**)	100 % B.R.*
Petit appareillage (PA ou DVO) – Ticket modérateur	100 % B.R.*
Petit appareillage (PA ou DVO) - Forfait annuel par bénéficiaire	200 €
Prothèse auditive - Ticket modérateur	100 % B.R.*
Prothèse auditive – Forfait par prothèse (achat ou réparation)	534 €
Frais de transport	100 % B.R.*
Glucomètre, forfait par appareil	46 €
FRAIS D'HOSPITALISATION (1)	
Hospitalisation médicale ou chirurgicale	100 % B.R.*
Forfait journalier hospitalier illimité	Frais réels
Participation Forfaitaire relative à un acte médical supérieur ou égal à 120 € ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60€	24 € / acte
Forfait chambre particulière du 1 ^{er} au 60 ^{ème} jour par an et par personne (hors intervention réalisée en ambulatoire)	54 € / jour
Forfait chambre accompagnant du 1 ^{er} au 30 ^{ème} jour par an et par enfant de moins de 11 ans révolus	16 € / jour
Forfait retour au domicile pour toute hospitalisation d'une durée supérieure ou égale à 4 jours en maladie, chirurgie, hospitalisation (hors psychiatrie)	30 € / séjour supérieur à 4 jours (Plafond 60 €/an par bénéficiaire)

Nature des frais	Remboursements
DENTAIRE (1)	
Soins dentaires	100 % B.R.*
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale (S.S.)	286 % B.R.*
Prothèses dentaires acceptées par la S.S (y.c. Inlay core et Inlay core à clavettes)	263 % B.R.*
OPTIQUE	
Verre optique, forfait par verre (2)	90 €
Monture optique, forfait par monture (2)	70 €
Lentilles prescrites acceptées par la S.S., forfait par lentille	60 €
Lentilles prescrites non remboursées par les caisses R.O.	100 € / an
Chirurgie réfractive	201 € / an
MÉDECINE DOUCE	
Ostéopathie (consultations)	100 € / an
Chiropraxie – Etiopathie (consultations)	40 € / an
Diététique (consultations)	60 € / an
Haptonomie (naissance – fin de vie)	60 € / an
AUTRES	
Prothèse capillaire, mammaire acceptée par la S.S, forfait par prothèse	80 €/ an
Fauteuil roulant, forfait par équipement (si participation R.O.)	400 €
Prime mariage	80 €
Forfait accouchement	160 €
Cure thermale	100 % B.R.*
Formation spécifique « Coaching 1er emploi » (sous condition d'accès)	Prise en charge de la formation spécifique
Aide exceptionnelle au titre du fond de secours si participation du service social de la caisse de régime obligatoire ou de l'entreprise	Participation égale à celle du service social de la caisse de régime obligatoire ou de l'entreprise dans la limite de la dépense.
PRÉVENTION	
Ostéodensitométrie, forfait par acte	45 €
Vaccin ou prescription médicale se substituant au vaccin	100% des frais réels
Cure antitabac, forfait versé une seule fois	30 €

*B.R. : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

**OPTAM ou OPTAM-CO : Options pratiques tarifaires maîtrisées

(1) : Remboursement RO + Mutuelle, déduction faite de la Contribution Forfaitaire Obligatoire (C.F.O.), prélevée par la caisse de régime obligatoire du bénéficiaire des soins (loi du 13-08-2004) en parcours de soins avec participation des caisses de Régimes Obligatoires. Hors parcours de soins le remboursement RO + Mutuelle s'établit à 100% de la B.R. déduction faite de la Majoration de Participation (Art. L161-5-3 du code de la Sécurité Sociale).

(2) : La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où un équipement peut-être remboursé tous les ans.