



# MutÉco

Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réels. Pour toutes les garanties précisées, dès lors que la Sécurité sociale accepte l'acte, le minimum remboursé est le ticket modérateur.		MutEco
<b>HOSPITALISATION (en hôpital ou clinique privée conventionnée)</b>		<b>100% BR</b>
Frais de séjour	<i>Y compris maison de repos, de santé spécialisée, prises en charge par le régime obligatoire.</i>	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (hors établissements médicaux sociaux)		100 % FR
Honoraires médicaux ou chirurgicaux :	- par un adhérent à un DPTAM (1) - par un non-adhérent à un DPTAM (1)	100 % BR 100 % BR
Hospitalisation à domicile		100 % BR
Transport (pris en charge par la Sécurité sociale)		100 % BR
Forfait actes lourds (>120 €)		100 % FR
<b>SOINS COURANTS</b>		<b>100% BR</b>
Médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie et actes d'imagerie :	- adhérent à un DPTAM (1) - non-adhérent à un DPTAM (1)	100 % BR 100 % BR
Auxiliaires médicaux		100% BR
Pharmacie à 15%, 30% ou 65%		15 % BR / 30 % BR / 100 % BR
<b>OPTIQUE</b> <i>Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par personne tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants &lt;16 ans ou en cas de modification de la vue comme précisé réglementairement. La période démarre avec la date de facture.</i>		<b>100% BR</b>
<b>100% SANTÉ</b> Équipement optique complet (monture et verres)	- à compter du 01/01/2020 : classe A - "Offre 100% Santé" (2) (3)	100% FR <i>dans la limite des Prix Limites de Vente</i>
Équipement optique complet	- jusqu'au 31/12/2019 - à compter du 01/01/2020 : classe B - "Offre libre" (2)	100 % BR
<b>DENTAIRE</b>		<b>100% BR</b>
<b>100% SANTÉ</b> Prothèses dentaires	"Offre 100% Santé" (4) : à compter du 01/01/2020	100% FR <i>dans la limite des Honoraires Limites de Facturation</i>
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	"Offre modérée" (4) : à compter du 01/01/2020	100% BR <i>dans la limite des Honoraires Limites de Facturation</i>
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	"Offre libre" (4) : à compter du 01/01/2020	100 % BR
<b>AIDES AUDITIVES ET AUTRES PROTHESES</b>		<b>100% BR</b>
<b>100% SANTÉ</b> Audioprothèses	classe 1 - "Offre 100% Santé" (à compter du 01/01/2021) (5) - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100% FR <i>dans la limite des Prix Limites de Vente</i>
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale	classe 2 - "Offre libre" (à compter du 01/01/2021) (5) - Plafond réglementaire de 1700€/oreille - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100 % BR
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale	(jusqu'au 31/12/2020)	100 % BR
<b>DIVERS</b>		<b>100% BR</b>
Actes de préventions légaux	Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2	100 % BR
<b>SERVICES</b>		
MédecinDirect: télé-médecine 24h/24 et 7j/7 au 09 74 59 51 10 ou sur medecindirect.fr et application mobile		INCLUS
Ascelliance Retraite: service gratuit pour trouver une place en maison de retraite, ehpad ou résidence senior 04 72 69 89 09		INCLUS
Tiers payant		INCLUS
Compte adhérent en ligne		INCLUS

BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale (SS)      FR : Frais réels  
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée      TM : Ticket modérateur

Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

(1) La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modulation d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée de 20% de la BR pour un total maximum de 200% de la BR.

(2) : Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé".

(3) : Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(4) : Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre modérée" et "Offre libre" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

(5) : Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).



# MutInter

Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réels. Pour toutes les garanties précisées, dès lors que la Sécurité sociale accepte l'acte, le minimum remboursé est le ticket modérateur.		MutInter
<b>HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, obstétrique) à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée</b>		<b>100 % BR</b>
Frais de séjour	Y compris maison de repos, de santé spécialisée, prises en charge par le régime obligatoire.	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Hors établissements médicaux sociaux	100 % FR
Honoraires médicaux ou chirurgicaux :	- par un adhérent à un DPTAM (1) - par un non-adhérent à un DPTAM (1)	100 % BR 100 % BR
Hospitalisation à domicile		100 % BR
Transport (pris en charge par la Sécurité sociale)		100 % BR
Forfait actes lourds (>120 €)		100 % FR
<b>SOINS COURANTS</b>		<b>100 % BR</b>
Pharmacie à 15%, 30% ou 65%		15 %BR / 30 % BR / 100 % BR
Auxiliaires médicaux		100% BR
Médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie et actes d'imagerie :	- adhérent à un DPTAM (1) - non-adhérent à un DPTAM (1)	100 % BR 100 % BR
<b>OPTIQUE</b> Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par personne tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants <16 ans ou en cas de modification de la vue comme précisé réglementairement. La période démarre avec la date de facture.		
<b>100% SANTÉ</b> Équipement optique complet (monture et verres)	- à compter du 01/01/2020 : classe A - "Offre 100% Santé" (2) (3) - jusqu'au 31/12/2019 - à compter du 01/01/2020 : classe B - "Offre libre" (2)	100% FR dans la limite des Prix Limites de Vente
Équipement optique : - voir grille optique		
Monture et deux verres simples (a)		100 €
Monture avec un verre simple et un verre complexe (b)		150 €
Monture et deux verres complexes (c)		200 €
Monture avec un verre simple et un très complexe (d)		150 €
Monture avec un verre au complexe et un verre très complexe (e)		200 €
Monture avec deux verres très complexes (f)		200 €
Dont la prise en charge de la monture limitée à :		100 € à compter du 01/01/2020, 150 € jusqu'au 31/12/2019
Lentilles prescrites		50 €/an/bénéficiaire (4)
<b>DENTAIRE</b>		<b>100 % BR</b>
Soins et actes techniques dentaires		100 % BR
<b>100% SANTÉ</b> Prothèses dentaires	"Offre 100% Santé" (5) : à compter du 01/01/2020	100% FR dans la limite des Honoraires Limites de Facturation
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	"Offre modérée" (5) : à compter du 01/01/2020	100% BR dans la limite des Honoraires Limites de Facturation
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	"Offre libre" (5) : à compter du 01/01/2020	100 % BR
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	Jusqu'au 31/12/2019	100 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR
<b>AIDES AUDITIVES et AUTRES PROTHESES</b>		
<b>100% SANTÉ</b> Audioprothèse	classe 1 - "Offre 100% Santé" (à compter du 01/01/2021) (6) - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100% FR dans la limite des Prix Limites de Vente
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale	classe 2 - "Offre libre" (à compter du 01/01/2021) (6) - Plafond réglementaire de 1700€/oreille - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100 % BR +100€
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale	(jusqu'au 31/12/2020)	100 % BR +100€
Frais d'entretien des prothèses auditives		100 % BR +100€
Orthopédie, grand appareillage / prothèses médicales et capillaires	Hors audioprothèses, optique et dentaire	100 % BR +50€
<b>CURE THERMALE</b>		
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale		100 % BR
<b>DIVERS</b>		
Actes de préventions légaux	Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2	100% BR
<b>SERVICES</b>		
MédecinDirect: télémedecine 24h/24 et 7j/7 ou au 09 74 59 51 10 ou sur medecindirect.fr et application mobile		INCLUS
Ascelliance Retraite: service gratuit pour trouver une place en maison de retraite, ehpad ou résidence senior 04 72 69 89 09		INCLUS
Tiers payant		INCLUS
Compte adhérent en ligne		INCLUS

BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale  
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

FR : Frais réels  
TM : Ticket modérateur  
Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)

Grille optique	
(a) - Verres simples	(a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
(c) - Verres complexes	(c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
(f) - Verres très complexes	(f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8
(b) - Verres a & c	
(d) - Verres a & f	
(e) - Verres c & f	

Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

- La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modulation d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée de 20% de la BR pour un total maximum de 200% de la BR.
- Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé".
- Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.
- L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (4), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.
- Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre modérée" et "Offre libre" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.
- Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).



# MutMaxi

Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réels.  
Pour toutes les garanties précisées, dès lors que la Sécurité sociale accepte l'acte, le minimum remboursé est le ticket modérateur.

MutMaxi

## HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, obstétrique) à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée

Frais de séjour	Y compris maison de repos, de santé spécialisée, prises en charge par le régime obligatoire.	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (hors établissements médicaux sociaux)		100 % FR
Honoraires médicaux ou chirurgicaux :	- par un adhérent à un DPTAM (1) - par un non-adhérent à un DPTAM (1)	150 % BR 130 % BR
Chambre particulière pour séjour accepté par la Sécurité sociale, y compris séjour ambulatoire	Pas de limitation en cas d'accident.	40 €/jour, maximum 60 jours/an (2)
Télévision (hospitalisation de plus de 2 jours)		Jusqu'à 8 €/ jour, maximum 60 jours/an (2)
Hospitalisation à domicile		100 % BR
Transport (pris en charge par la Sécurité sociale)		100 % BR
Forfait actes lourds (>120 €)		100 % FR

## SOINS COURANTS

Médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie et actes d'imagerie	- adhérent à un DPTAM (1) - non-adhérent à un DPTAM (1)	150 % BR 130 % BR
Auxiliaires médicaux		150 % BR
Pharmacie		100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée (médicaments, contraceptifs, vaccins)		50 € / bénéficiaire /an (2)

## OPTIQUE Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par personne tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants <16 ans ou en cas de modification de la vue comme précisé réglementairement. La période démarre avec la date de facture.

<b>100% SANTÉ</b> Équipement optique complet (monture et verres)	- à compter du 01/01/2020 : classe A - "Offre 100% Santé" (3) (4) - jusqu'au 31/12/2019 - à compter du 01/01/2020 : classe B - "Offre libre" (3)	100% FR dans la limite des Prix Limites de Vente
Équipement optique : - voir grille optique		
Monture et deux verres simples (a)		200 €
Monture avec un verre simple et un verre complexe (b)		350 €
Monture et deux verres complexes (c)		400 €
Monture avec un verre simple et un très complexe (d)		350 €
Monture avec un verre au complexe et un verre très complexe (e)		400 €
Monture avec deux verres très complexes (f)		400 €
Dont la prise en charge de la monture limitée à :		100 € à compter du 01/01/2020, 150 € jusqu'au 31/12/2019
Lentilles prescrites		150 € / bénéficiaire/an (2)

## DENTAIRE

Soins et actes techniques dentaires		175 % BR 100% FR
<b>100% SANTÉ</b> Prothèses dentaires	"Offre 100% Santé" (5) : à compter du 01/01/2020	250 % BR dans la limite des Honoraires Limites de Facturation
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	"Offre modérée" (5) : à compter du 01/01/2020	250 % BR dans la limite des Honoraires Limites de Facturation
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	"Offre libre" (5) : à compter du 01/01/2020	250 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Jusqu'au 31/12/2019	250 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		250 % BR
Plafond annuel sur prothèses dentaires et orthodontie. (6)		1000€/an/personne, après 2 ans 2000€/an/personne

## AIDES AUDITIVES et AUTRES PROTHÈSES

<b>100% SANTÉ</b> Audioprothèses	classe 1 - "Offre 100% Santé" (à compter du 01/01/2021) (7) - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100% FR dans la limite des Prix Limites de Vente
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale	classe 2 - "Offre libre" (à compter du 01/01/2021) (7) - Plafond réglementaire de 1700€/oreille - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100 % BR + 200 €
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale	Jusqu'au 31/12/2020	100 % BR + 200 €
Appareillage autre que auditif, dentaire ou optique		100 % BR + 200 €

## CURE THERMALE

Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale		100 % BR + 150 €
---	--	------------------

## DIVERS

Ostéopathie, chiropractie, éthiopathie, acupuncture, diététique, pédicure, podologie, psychomotricité, psychologue		2 séances maximum /an/personne, jusqu'à 40€/séance (2)
Actes de préventions légaux	Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2	100 % BR

## SERVICES

MédecinDirect : télé-médecine 24h/24 et 7j/7 ou 09 74 59 51 10 ou sur www.medecindirect.fr et application mobile		INCLUS
Ascendance Retraite: service gratuit pour trouver une place en maison de retraite, ehpad ou résidence senior 04 72 69 89 09		INCLUS
Tiers payant		INCLUS
Compte adhérent en ligne		INCLUS

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale  
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

FR : Frais réels  
TM : Ticket modérateur

Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)

Grille optique	(a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6 (c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8 (f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8
----------------	---

Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

(1) La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée de 20% de la BR pour un total maximum de 200% de la BR.

(2) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (2), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.

(3) : Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé".

(4) : Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appareillage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(5) : Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre modérée" et "Offre libre" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

(6) : Au-delà de ce plafond, et dans le respect des obligations relatives au panier de soins, les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire seront remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins.

(7) : Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).