

# TABLEAU DE GARANTIES COMMUNALE

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels.

PRESTATIONS	Remboursement Régime Obligatoire* (en % de la BR)	Remboursement TOTAL* (dont RO) (en % de la BR)				
		 Commu 1	 Commu 2	 Commu 3	 Commu Jeune	 Commu+
HOSPITALISATION**						
Honoraires						
• Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)	80%	100%	200%	250%	100%	150%
• Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (non DPTAM)	80%	100%	180%	200%	100%	130%
Forfait Journalier Hospitalier						
Forfait journalier hospitalier illimité <sup>(1)</sup>	Néant	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres Prestations						
Frais de séjour	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière, hors maternité (par jour, limité à 30 jours par hospitalisation <sup>(2)</sup> )	Néant	15 €	50 €	70 €	-	50 €
Frais d'accompagnant par jour (enfant et adulte, limité à 20 jours par hospitalisation)	Néant	8 €	15 €	15 €	-	10 €
Frais de location TV (par jour, limité à 36 jours par hospitalisation)	Néant	2 €	2 €	2 €	-	2 €
SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
Consultations et visites médecins généralistes (DPTAM)	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Consultations et visites médecins généralistes (non DPTAM)	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Consultations et visites médecins spécialistes (DPTAM)	70%	100%	130%	200%	120%	130%
Consultations et visites médecins spécialistes (non DPTAM)	70%	100%	110%	180%	100%	110%
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (DPTAM)	70%	100%	130%	130%	100%	100%
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (non DPTAM)	70%	100%	110%	110%	100%	100%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (DPTAM)	70%	100%	130%	170%	100%	130%
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (non DPTAM)	70%	100%	110%	150%	100%	110%
Honoraires paramédicaux						
Honoraires auxiliaires médicaux	60%	100% <sup>(3)</sup>	130% <sup>(3)</sup>	160% <sup>(3)</sup>	100% <sup>(3)</sup>	110% <sup>(3)</sup>
Analyses et examens de laboratoire						
Frais d'analyse et de laboratoire	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments						
Médicaments à service médical rendu majeur	65%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré	30%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible	15%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel Médical						
Prothèses médicales, orthèses (autres que dentaires et auditives) prises en charge par le RO	60%	100%	150%	200%	100%	100%
Fournitures et accessoires pris en charge par le RO	60%	100%	100%	100%	100%	100%
OPTIQUE <sup>(4)</sup>						
Equipement Optique						
Verres + monture	CF ANNEXE OPTIQUE	CF ANNEXE OPTIQUE	CF ANNEXE OPTIQUE	CF ANNEXE OPTIQUE	CF ANNEXE OPTIQUE	CF ANNEXE OPTIQUE
Autres Prestations Optique						
Lentilles prises en charge ou non par le RO y compris jetables (sur prescription ophtalmologique de - de 3 ans)	60% / Néant	100 % / Néant + 100 €	100 % / Néant + 150 €	100 % / Néant + 200 €	100 % / Néant + 100 €	100 % / Néant + 100 €
BONUS Optique si non consommation 1 an après les 2 ans obligatoire		50 € <sup>(4)</sup>	50 € <sup>(4)</sup>	50 € <sup>(4)</sup>	-	50 € <sup>(4)</sup>
BONUS Optique si non consommation 2 ans après les 2 ans obligatoire		100 € <sup>(4)</sup>	100 € <sup>(4)</sup>	100 € <sup>(4)</sup>	-	100 € <sup>(4)</sup>

## PRESTATIONS

Remboursement  
Régime  
Obligatoire\*  
(en % de la BR)



Remboursement TOTAL\* (dont RO)  
(en % de la BR)



### DENTAIRE

#### Soins et Dentaires Hors 100% Santé

Soins dentaires remboursés par le RO hors cadre du panier de soins 100% santé	60%	100%	100%	100%	100%	100%
---	-----	------	------	------	------	------

#### Soins et Prothèses 100% Santé <sup>Ⓜ</sup>

Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses amovibles et réparations	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral

#### Prothèses - Panier Honoraires Modérés <sup>Ⓜ</sup>

Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	60%	60 % + 125€ <sup>(5)</sup>	60 % + 220€ <sup>(5)</sup>	60 % + 320€ <sup>(5)</sup>	125%	60 % + 185€ <sup>(5)</sup>
Bridges dentaires hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers modérés	60%	60 % + 280€ <sup>(5)</sup>	70 % + 560€ <sup>(5)</sup>	60 % + 760€ <sup>(5)</sup>	-	60 % + 450€ <sup>(5)</sup>
Appareil stellite remboursé par le RO	60%	60 % + 140€ <sup>(5)</sup>	60 % + 280€ <sup>(5)</sup>	60 % + 380€ <sup>(5)</sup>	-	60 % + 220€ <sup>(5)</sup>

#### Prothèses - Panier Honoraires Libres <sup>Ⓜ</sup>

Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	60%	60 % + 125€ <sup>(5)</sup>	60 % + 220€ <sup>(5)</sup>	60 % + 320€ <sup>(5)</sup>	125%	60 % + 185€ <sup>(5)</sup>
Bridges dentaires hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers libres	60%	60 % + 280€ <sup>(5)</sup>	60 % + 560€ <sup>(5)</sup>	60 % + 760€ <sup>(5)</sup>	-	60 % + 450€ <sup>(5)</sup>
Appareil stellite remboursé par le RO	60%	60 % + 140€ <sup>(5)</sup>	60 % + 280€ <sup>(5)</sup>	60 % + 380€ <sup>(5)</sup>	-	60 % + 220€ <sup>(5)</sup>

#### Autres Prestations Dentaires

Orthodontie remboursée par le RO (par semestre)	60% / 100%	100 % + 100 €	100 % + 200 €	100 % + 350 €	100 % + 300 €	100 % + 150 €
Plafond dentaire applicable sur l'ensemble des prothèses dentaires (par an, hors soins et prothèses 100% Santé). Au-delà remboursement à hauteur du TM		1 000€	1 000€	1 500€	700€	1 000€

### AIDES AUDITIVES <sup>(6)</sup>

#### Equipements Auditifs 100% Santé

Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé (classe I à prise en charge renforcée)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
--	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

#### Equipements Auditifs - Panier Honoraires Libres

Aides auditives hors paniers de soins 100% santé (classe II à prix libres) dans la limite du contrat responsable (par oreille)	60%	100%	100% + 200€	100% + 400€	100%	100% + 100€
Consommables et accessoires (piles, embouts...) pris en charge par le RO	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Protection auditive non prise en charge par le RO	Néant	-	-	-	10€	-

### BIEN-ÊTRE

#### Médecine Douce

Chiropracteur, Ostéopathe, Étioptathe, Pédicure, Podologue, Diététicien, Acupuncteur, Homéopathe (praticiens diplômés) par séance (maximum 4 séances/an/bénéficiaire)	Néant	20 €	30 €	40 €	-	25 €
---	-------	------	------	------	---	------

#### Prévention

Pharmacie non prise en charge par le RO sur prescription	Néant	30€	30€	30€	-	30€
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO	Néant	23 € / acte	23 € / acte	23 € / acte	-	23 € / acte
Pilule contraceptive sur prescription médicale non prise en charge par le RO	Néant	50 €	50 €	50 €	Contraceptifs non pris en charge RO et prescrits par un médecin 30 €	50 €
Vaccins prescrits non pris en charge par le RO	Néant	20 €	40 €	50 €	-	30 €

### TRANSPORT

#### Transport Médical

Transport médical remboursé par le RO	65%	100%	100%	100%	100%	100%
---------------------------------------	-----	------	------	------	------	------

### CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO

#### Honoraires Médicaux

Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires) remboursés par le RO	70%	100%	100%	100%	-	100%
--	-----	------	------	------	---	------

#### Autres Prestations Cure

Frais d'hébergement et de transport remboursés par le RO	65%	100%	100%	100%	-	100%
--	-----	------	------	------	---	------

### MATERNITÉ

#### Chambre Particulière

Chambre particulière (par jour)	Néant	15 €	50 €	70€	-	50€
---------------------------------	-------	------	------	-----	---	-----

#### Participation Mutuelle

Forfait maternité - adoption	Néant	100€ <sup>(7)</sup>	200€ <sup>(7)</sup>	250€ <sup>(7)</sup>	-	150€ <sup>(7)</sup>
------------------------------	-------	---------------------	---------------------	---------------------	---	---------------------

## LEXIQUE

RO : Régime Obligatoire – BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire – Rbt intégral : Remboursement intégral – TM : Ticket modérateur – PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (valeur fixée chaque année par décret publié au Journal Officiel) – DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM, OPTAM – ACO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés – OPTAM / OPTAM – ACO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité d'anesthésie, de chirurgie (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique).

## LÉGENDE

- (1) Forfait Journalier Hospitalier Illimité : Exclu en établissements EHPAD et MAS.
- (2) Chambre particulière limitée à 30 jours par année civile en psychiatrie et en Soins de Suite et de Réadaptation SSR (structures de moyens séjours). Exclusion de la chambre particulière en ambulatoire.
- (3) Infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue... remboursés par le régime obligatoire.
- (4) Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier «100% santé») sont 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. Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :
  - par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé\*\*\* prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale),
  - par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
  - 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.
 Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.
- \*\*\* Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque œil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre).
- (5) Au-delà du forfait en euros, remboursement au TM.
- (6) Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier «100% Santé») sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements auditifs 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'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.
- (7) Sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption, pas de majoration en cas de naissances ou adoptions multiples.


Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention spécifique.

\* Avant application, contribution forfaitaire des franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel la Mutuelle intervient en complément. Le remboursement des prestations est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement de la Mutuelle, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

\*\* Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés. Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en long séjour, établissements spécialisés, gastropastie (anneaux gastriques, By pass...).

» Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et des plafonds du contrat responsable.

Prise en charge d'un équipement tous les deux ans<sup>(1)</sup> selon les spécifications techniques du verre.

Adulte et enfant	Remboursement TOTAL* (dont RO)				
	 Commu 1	 Commu 2	 Commu 3	 Commu Jeune	 Commu+
<b>EQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTE (monture + verres)</b> (Classe A à prise en charge renforcée)					
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	50 €	80 €	100 €	50 €	70 €
Appairage de verres d'indice de réfraction différents	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Supplément pour verres avec filtre	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
<b>EQUIPEMENT OPTIQUE – PANIER LIBRE</b> (Dans la limite des plafonds du contrat responsable)					
Une monture de classe B	50€	80€	100€	50€	70€
VERRE SIMPLE unifocal sphère entre -6,00 et +6,00 dioptries	50€	70€	70€	25€	65€
VERRE SIMPLE unifocal sphéro-cylindrique, sphère comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries, cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries et sphère positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	50€	70€	70€	25€	65€
VERRE COMPLEXE unifocal, sphère hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries	75€	70€	70€	75€	90€
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère entre -6,00 à 0,00 dioptries, cylindre supérieur à +4,00 dioptries	75€	70€	70€	75€	90€
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère inférieure à -6,00 dioptries, cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie	75€	70€	70€	75€	90€
VERRE COMPLEXE unifocal sphéro-cylindrique, sphère positive et dont la somme S est supérieure à 6 dioptries	75€	70€	70€	75€	90€
VERRE COMPLEXE multifocal ou progressif, sphère entre -4,00 et +4,00 dioptries	80€	100€	150€	75€	90€
VERRE COMPLEXE multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère entre -8,00 et 0,00 dioptries, cylindre inférieur ou égal à +4,00 dioptries et sphère positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	80€	100€	150€	75€	90€
VERRE TRES COMPLEXE multifocal ou progressif sphérique, sphère hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries	80€	100€	150€	75€	90€
VERRE TRES COMPLEXE multifocal ou progressif sphéro-cylindrique, sphère entre -8,00 et 0,00 dioptries, cylindre supérieur à +4 dioptries, sphère inférieure à -8,00 dioptries, cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie et sphère positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	80€	100€	150€	75€	90€
Autres prestations : prestation d'adaptation de la prescription des verres correcteurs dans le cadre du renouvellement de l'équipement	100%	100%	100%	100%	100%

\* Avant application contribution forfaitaire des franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel la Mutuelle intervient en complément. Le remboursement des prestations est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement de la Mutuelle, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

\*\* Si Option (ou «OP»), les remboursements s'effectuent en complément de la base souscrite.  
Si «BO», les remboursements incluent la base souscrite

(1) Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé\*\*\* prévu à l'article L65-1 du Code de la Sécurité sociale),
- par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
- 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.

Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.

\*\*\*Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie sur chaque oeil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre).