VOS PRESTATIONS suite à la souscription de la garantie ANI et les garanties surcomplémentaires proposées

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/SANTE/GLOBAL n°03 A ADHESION FACULTATIVE	RO en % de la BR**	Garanties socle ANI	Surco Confort		Surco Equilibre		Surco Bien-être		Surco Optimum		Surco Excellence	
			+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale
VOS GARANTIES FRAIS DE SOINS												
1 - HOSPITALISATION (Médicale, chirurgicale, y compris maternité)												
- Forfait hospitalier journalier (sans limite de durée), hors établissements medico-sociaux	Néant	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur
- Franchise sur actes lourds	Néant	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur
- Honoraires (hospitalisation,chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - DPTAM*	80% ou 100% (1)	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 120% BR**	220% BR**	+ 120% BR**	220% BR**	+ 120% BR**	220% BR**	+ 120% BR**	220% BR**
- Honoraires (hospitalisation, chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - horsDPTAM*	80% ou 100% (1)	100% BR**	+ 80% BR**	180% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**
- Frais de séjour, hébergement et ambulatoire (établissement conventionné ou non, hors établissements médico-sociaux, plafonné au ticket modérateur pour les maisons de repos)	80% ou 100% (1)	Frais Réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels
- Chambre particulière, y compris maternité et maison de repos (Limité à 45 jours par an en service psychiatrique et neuropsychiatrique)	Néant	-	+ 50€/jour maximum 90jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy (dont 15jrs à 50€)	50€/jour maximum 90jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy (dont 15jrs à 50€)	+ 60€/jour maximum 120 jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy	60€/jour maximum 120 jrs/an limite à 45 jours/an en service psy et neuropsy	+ 70€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy	70€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy	+ 80€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy	80€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy	+ 90€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy	90€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy
- Lit accompagnant enfant moins de 14 ans : maxi 45 jours	Néant	-	+ 15 €/nuit pendant 45 jours maxi	15 €/nuit pendant 45 jours maxi	+ 20 €/nuit pendant 45 jours maxi	20 €/nuit pendant 45 jours maxi	+ 25 €/nuit pendant 45 jours maxi	25 €/nuit pendant 45 jours maxi	+ 30 €/nuit pendant 45 jours maxi	30€/ nuit pendant 45 jours maxi	+ 35 €/nuit pendant 45 jours maxi	35€/ nuit pendant 45 jours maxi
- Transport de malades (ambulances, SAMU, SMUR, etc...) pris en charge par le RO	65%	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**
2 - SOINS COURANTS												
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste DPTAM*	70%	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste non DPTAM*	70%	100% BR**	+ 80% BR**	180% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**
- Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	60%	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**
- Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	100% BR**	+ 80% BR**	180% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**
- Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) DPTAM *	60%	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**
- Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	100% BR**	+ 80% BR**	180% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	70%	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie . Médecins (ou Praticiens) non DPTAM*	70%	100% BR**	+ 80% BR**	180% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**
- Médicaments et homéopathie prescrits et pris en charge par le RO	Entre 15% et 65%	100% BR** sur les médicaments remboursés à 65%	+100% BR** sur tous les autres médicaments	100% BR**	+100% BR** sur tous les autres médicaments	100% BR**	+100% BR** sur tous les autres médicaments	100% BR**	+100% BR** sur tous les autres médicaments	100% BR**	+100% BR** sur tous les autres médicaments	100% BR**
- Médicaments et vaccins non remboursés mais avec prescription du médecin traitant (par an/par contrat)	Néant	-	+ 300€/an	maxi 300€/an	+ 300€/an	maxi 300€/an	+ 300€/an	maxi 300€/an	+ 300€/an	maxi 300€/an	+ 400€/an	maxi 400€/an
- Honoraires séances Ostéopathie, chiropraxie, étiopathie : maximum 2 séances par an par personne	Néant	-	+ 50€ maxi/séance	50€ maxi la séance	+ 50€ maxi/séance	50€ maxi la séance	+ 55€ maxi/séance	55€ maxi la séance	+ 60€ maxi/séance	60€ maxi la séance	+ 70€ maxi/séance	70€ maxi la séance
- Matériel médical (fauteuil roulant,...) et prothèses (autres que dentaires et auditives) médicales orthopédiques, mammaires et capillaires	60% ou 100% (1)	100% BR **	+ 25% BR**	125% BR**	+ 25% BR**	125% BR**	+ 50% BR**	150% BR**	+ 75% BR**	175% BR**	+ 100% BR**	200% BR**
3 - OPTIQUE - Les forfaits sont exprimés en Euros et s'entendent participation du RO(*) et Ticket Modérateur inclus												
Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans, ou tous les ans pour les de moins de 16 ans ou en cas de modification de la vue, dans les conditions fixées dans votre Notice d'information(2)												
- Equipements optiques "100% Santé" - Classe A (3) - y compris suppléments- à compter du 01/01/2020	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (3). Pris en charge au titre du contrat socle										
Forfait équipement classe B - hors 100% santé:	60%											
- Forfait équipement avec 2 verres simples dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	100 €	+ 200€	300€	+ 320€	420€	+ 320€	420€	+ 320€	420€	+ 320€	420€
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	150 €	+ 150€	300€	+ 320€	420€	+ 400€	550€	+ 400€	550€	+ 40€	550€
- Forfait équipement avec 2 verres complexes dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	150 €	+ 150€	300€	+ 320€	420€	+ 450€	600€	+ 550€	700€	+ 550€	700€
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre très complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	200 €	+ 100€	300€	+ 320€	420€	+ 400€	600€	+ 410€	610€	+ 410€	610€
- Forfait équipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	200 €	+ 100€	300€	+ 320€	420€	+ 400€	600€	+ 500€	700€	+ 550€	750€
- Forfait équipement avec 2 verres très complexes dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	200 €	+ 100€	300€	+ 320€	420€	+ 400€	600€	+ 550€	750€	+ 600€	800€
- Forfait lentilles annuel remboursées ou non par le RO	60% ou 0% (1)	100%	+ 200€	200€	+ 250€	250€	+ 300€	300€	+ 350€	350€	+ 400€	400€
- Forfait chirurgie réfractive des yeux par œil et par an	Néant	50 €	+ 200€	250€	+250€	300€	+ 300€	350€	+ 350€	400€	+ 400€	450€
4 - DENTAIRE												
- Soins et prothèses 100% santé - faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge à compter du 1er janvier 2020 (4)	70%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (4). Pris en charge au titre du contrat Socle										
			Doublement des prestations dentaires (HORS ORTHODONTIE) après 36 mois d'adhésion consécutifs sur les presations servies au titre du contrat surcomplémentaire (A)									
- Plafond annuel, hors soins et radiologie		Néant	1 500€ (A)		1 500€(A)		2 000€(A)		2 000€(A)		3 000€(A)	
- Soins dentaires remboursés par le RO (La prise en charge des frais en secteur non conventionné est calculée sur la base de remboursement reconstituée du secteur conventionné).	70%	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**
- Prothèses et Implants remboursés par le Régime Obligatoire plafonnés, à compter du 1er janvier 2020 et le cas échéant, à hauteur des honoraires limites de facturation (5)	70%	125% BR**	+ 75% BR** (maxi 400€/an/dent) (A)	200% BR** maxi 400€/an par dent(A)	+ 125% BR** (maxi 500€/an/dent)(A)	250% BR** maxi 500€/an par dent(A)	+ 175% BR** (maxi 600€/an/dent)(A)	300% BR** maxi 600€/an par dent(A)	+ 225% BR** (maxi 600€/an/dent)(A)	350% BR** maxi 600€/an par dent(A)	+ 275% BR** (maxi 600€/an/dent)(A)	400% BR** maxi 600€/an par dent(A)
- Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire.	Néant	-	+ 200% BR** (maxi 200€/an/dent)(A)	200% BR** maxi 200€/an par dent(A)	+ 250% BR** (maxi 250 €/an/dent)(A)	250% BR** maxi 250€/an par dent(A)	+ 300% BR** (maxi 300€/an/dent)(A)	300% BR** maxi 300€/an par dent(A)	+ 350% BR** (maxi 300€/an/dent)(A)	350% BR** maxi 300€/an par dent(A)	+ 400% BR** (maxi 300€/an/dent)(A)	400% BR** maxi 600€/an par dent(A)
- Orthodontie remboursée par le RO (forfait annuel)	70% ou 100% (1)	125% BR**	+ 75% BR**	200% BR**	+ 125% BR**	250% BR**	+ 175% BR**	300% BR**	+ 225% BR**	350% BR**	+ 275% BR**	400% BR**
- Orthodontie non remboursée par le RO (forfait annuel)	Néant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- Parodontologie, implantologie non pris en charge par le RO (*) (maxi par an*** et par personne)	Néant	-	+ 400€	400 €	+ 500€	500 €	+ 550€	550 €	+ 600€	600 €	+ 650€	650 €
(A) les limites par an et par dent ne s'appliquent que sur les prestations calculées sur la partie surcomplémentaire du contrat, sauf mentions contraires figurant sur le contrat socle												
5 - AIDES AUDITIVES												
Remboursement limité à compter du 1/01/2021 à une aide auditive tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente (7)												
Aides auditives 100% santé (classe I) - à compter du 1er janvier 2021 (6)	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (6). Pris en charge au titre du contrat socle										
Aides auditives (toutes classes jusqu'au 31/12/2020 et classe II à compter du 1er janvier 2021 (6), plafonné à 1 700€ par aide auditive, Ticket modérateur et remboursement du RO (*) inclus	60%	100% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**
- Supplément pris en charge par le RO (dont suivi et piles)	60%	Néant	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**
6 - CURE THERMALE												
- Forfait surveillance médicale	70%	-	+ 30% BR**	100% BR**	+ 30% BR**	100% BR**	+ 30% BR**	100% BR**	+ 30% BR**	100% BR**	+ 30% BR**	100% BR**
- Forfait cure thermale	65%	-	+ 35% BR**	100% BR**	+ 35% BR**	100% BR**	+ 35% BR**	100% BR**	+ 35% BR**	100% BR**	+ 35% BR**	100% BR**
- Forfait thermal par an et par personne	Néant	-	+ 200 €	200 €	+ 250 €	250 €	+ 300 €	300 €	+ 350 €	350 €	+ 400 €	400 €
7 - AUTRES PRESTATIONS			+ 100€									
- Allocation naissance versée à l'adhésion de l'enfant, dans un délai de 3 mois suivant la naissance et sous réserve de souscription de l'enfant	Néant	-	+ 200 €	200 €	+ 250€	250 €	+ 300€	300 €	+ 350€	350 €	+ 400€	400 €
- Allocation mariage versée à l'adhésion du conjoint, dans un délai de 3 mois après le mariage	Néant	-	+ 200€	200 €	+ 250€	250 €	+ 300€	300 €	+ 350€	350 €	+ 400€	400 €
- Indemnité funéraire en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 65 ans (dans un délai maximum de 3 mois après survenance du décès)	Néant	-	+ 1 500€	1 500 €	+ 1 500€	1 500 €	+ 2 000€	2 000 €	+ 2 000€	2 000 €	+ 3 000€	3 000 €
- Protection Juridique ADEP SANTÉ par l'intermédiaire de CFDP Assurances	Néant	-	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus
- Téléconsultation médicale à distance par l'intermédiaire de AXA Assistance	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Assistance Santé en cas d'hospitalisation par l'intermédiaire de Mondial Assistance	Néant	-	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus
- Allocation d'un capital de 1 500 € en cas de diagnostic d'un cancer de la prostate (pour un homme de 20 à 60 ans) pour la sphère gynécologique (pour la femme de 20 à 60 ans)	Néant	-	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus
- Versement d'une indemnité journalière de 20 € en cas d'hospitalisation au-delà du 1er jour en cas d'accident, 3ème jour en cas de maladie : Durée maximum 100 jours par an et par famille, cessation de la garantie à 65 ans	Néant	-	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus
- Versement d'un capital équipement / dépendance destiné à du matériel médical ou de confort pour les personnes dépendantes ou handicapées (jusqu'à 80 ans) : 1 500€, doublés en cas d'accident (3 000 €)	Néant	-	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus	+ inclus	inclus
- Forfait vaccin non pris en charge par la SS (forfait annuel)	Néant	-	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €
8 - ACTES DE PREVENTION (arrêté du 8 juin 2006) prise en charge et prévention prévus dans le cadre du contrat responsable												
- Détartrage annuel												
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans												
- Scellement des sillons sur les molaires pour un enfant de moins de 14 ans												
- Dépistage de l'hépatite B												
- Vaccinations seules ou combinées : vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois ; Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; BCG, avant 6 ans ; hépatite B, avant 14 ans ; coqueluche, avant 14 ans ; rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant ; diphtérie, tétanos et poliomyélite, à tout âge												
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans												
- Dépistage tous les 5 ans des troubles chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale ; audiométrie tonale avec tympanométrie ; audiométrie vocale dans le bruit ; audiométrie tonale et vocale ; audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie												

** RO : régime obligatoire, FR : frais réels, DPTAM : dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.*

*** BR : Base de remboursement*

**** par an s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat. Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant : limité à 200€ /acte / Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant : limité à 250€ /acte*

(1) selon la nature des soins ou prestations,

(2) A compter du 1er janvier 2020, les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées dans le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018.

(3) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de Classe A), seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé.
Avant le 1er janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle de votre équipement optique s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2019-11-NI-ADEP SURCO SANTE ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties en fonction du type de correction (« simple », « complexe », « très complexe »).

(4) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothétiques faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que définis dans la Convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale seront intégralement remboursés à hauteur des honoraires limités 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, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(5) dans la limite des honoraires 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, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(6) A compter du 1er janvier 2021, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs médicaux auditifs remplissant certaines conditions de prix et de performance définies par le Ministre chargé de la Santé seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé (prix du 2e nominative 2019).
Avant le 1er janvier 2021, la prise en charge par la Mutuelle des aides auditives s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2019-11-NI-ADEP SURCO SANTE ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties.

(7) Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 14 novembre 2018.

Tous les pourcentages indiqués dans le tableau correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 1er janvier 2019 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et, éventuellement, des dépassements d'honoraires des praticiens.

VOS PRESTATIONS suite à la souscription de la garantie ANI + et les garanties surcomplémentaires proposées

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/SANTE/GLOBAL n°03 A ADHESION FACULTATIVE	RO en % de la BR**	Garanties socle ANI PLUS	Surco Confort		Surco Equilibre		Surco Bien-être		Surco Optimum		Surco Excellence		Surco Intense	
			+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale
VOS GARANTIES FRAIS DE SOINS														
1 - HOSPITALISATION (Médicale, chirurgicale, y compris maternité)														
- Forfait hospitalier journalier (sans limite de durée), hors établissements medico-sociaux	Néant	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur
- Franchise sur actes lourds	Néant	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur
- Honoraires (hospitalisation,chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - DPTAM*	80% ou 100% (1)	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 120% BR**	220% BR**	+ 120% BR**	220% BR**	+ 120% BR**	220% BR**	+ 120% BR**	220% BR**	+ 120% BR**	220% BR**
- Honoraires (hospitalisation, chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - horsDPTAM*	80% ou 100% (1)	100% BR**	+ 80% BR**	180% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**
- Frais de séjour, hébergement et ambulatoire (établissement conventionné ou non, hors établissements médico-sociaux, plafonné au ticket modérateur pour les maisons de repos)	80% ou 100% (1)	Frais Réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels
- Chambre particulière, y compris matemité et maison de repos (Limité à 45 jours par an en service psychiatrique et neuropsychiatrique)	Néant	60€/jour maximum 90jrs/an limité à 30 jours/an en service psy et neuropsy	+ 15 jours/an en psy et neuropsy à 50€/jour	60€/jour maximum 90jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy (dont 15jrs à 50€)	+ 30 jours/an et +15 jours/an en psy et neuropsy	60€/jour maximum 120 jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy	+10 €/jrs et + 90 jours/an et +15 jours/an en psy et neuropsy	70€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy	+20 €/jrs et + 90 jours/an et +15 jours/an en psy et neuropsy	80€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy	+30 €/jrs et + 90 jours/an et +15 jours/an en psy et neuropsy	90€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an en service psy et neuropsy	+ 40€ / jrs et +60 jours/an en psy et neuropsy limité à 6 jrs / an en maternité	100€/jour maximum 90jrs/an avec 6 jours maxi en maternité
- Lit accompagnant enfant moins de 14 ans : maxi 45 jours	Néant	30 €/nuit maxi 12 jours	+ 33 jours à 15 €/nuit	30 €/nuit pendant 12 jours puis 15€/nuit pendant 33 jours	+33 jours à 15€/nuit	30 €/nuit pendant 12 jours puis 20€/nuit pendant 33 jours	+33 jours à 25€/nuit	30 €/nuit pendant 12 jours puis 25€/nuit pendant 33 jours	+33 jours à 30€/nuit	30€/ nuit pendant 45 jours maxi	+5€ nuit pendant 12 jours et +33 jours à 35€/nuit	35€/ nuit pendant 45 jours maxi	+ 70 € / nuit (pour les moins de 14 ans et plus de 70 ans)	100€ par jour pour les moins de 14 ans et plus de 70 ans
- Transport de malades (ambulances, SAMU, SMUR, etc...) pris en charge par le RO	65%	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**
- Matemité : forfait par enfant	Néant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+ 450 €	Forfait par enfant de 450 €
- Matemité : forfait annuel fécondation in-vitro	Néant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+ 250 €	Forfait annuel de 250 €
2 - SOINS COURANTS														
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste DPTAM*	70%	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 120% BR**	220% BR**	+ 120% BR**	220% BR**	+ 120% BR**	220% BR**	+ 120% BR**	220% BR**	+ 120% BR**	220% BR**
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste non DPTAM*	70%	100% BR**	+ 80% BR**	180% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**
- Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	60%	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**	-	100% BR**
- Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	100% BR**	+ 80% BR**	180% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	-	100% BR**
- Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) DPTAM *	60%	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**	-	100% BR**
- Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	100% BR**	+ 80% BR**	180% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	-	100% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	70%	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**	+ 200% BR**	300% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie . Médecins (ou Praticiens) non DPTAM*	70%	100% BR**	+ 80% BR**	180% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**
- Médicaments et homéopathie prescrits et pris en charge par le RO	Entre 15% et 65%	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**
- Médicaments et vaccins non remboursés mais avec prescription du médecin traitant (par an/par contrat)	Néant	-	+ 300€/an	maxi 300€/an	+ 300€/an	maxi 300€/an	+ 300€/an	maxi 300€/an	+ 300€/an	maxi 300€/an	+ 400€/an	maxi 400€/an	+ 75€/an	maxi 75€/an
- Honoraires séances Ostéopathie, chiropraxie, étiopathie : maximum 2 séances par an par personne	Néant	-	+ 50€ maxi/séance	50€ maxi la séance	+ 50€ maxi/séance	50€ maxi la séance	+ 55€ maxi/séance	55€ maxi la séance	+ 60€ maxi/séance	60€ maxi la séance	+ 70€ maxi/séance	70€ maxi la séance	+ 20€ maxi limité à 5 séances annuelles par	20€ maxi limité à 5 séances annuelles par
- Matériel médical (fauteuil roulant,...) et prothèses (autres que dentaires et auditives) médicales orthopédiques, mammaires et capillaires	60% ou 100% (1)	100% BR **	+ 25% BR**	125% BR**	+ 25% BR**	125% BR**	+ 50% BR**	150% BR**	+ 75% BR**	175% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 450% BR**	550% BR**
3 - OPTIQUE - Les forfaits sont exprimés en Euros et s'entendent participation du RO(*) et Ticket Modérateur inclus														
Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans, ou tous les ans pour les de moins de 16 ans ou en cas de modification de la vue, dans les conditions fixées dans votre Notice d'information(2)														
- Equipements optiques "100% Santé" - Classe A (3) - y compris suppléments- à compter du 01/01/2020	60%	**Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (3). Pris en charge au titre du contrat socle**												
Forfait équipement classe B - hors 100% santé:	60%													
- Forfait équipement avec 2 verres simples dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	150 €	+ 150€	300€	+270€	420€	+ 170€	420€	+ 170€	420€	+ 170€	420€	+ 200 €	350€
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	200 €	+ 100€	300€	+ 220€	420€	+ 350€	550€	+ 350€	550€	+ 350€	550€	+ 200 €	400€
- Forfait équipement avec 2 verres complexes dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	200 €	+ 100€	300€	+ 220€	420€	+ 400€	600€	+ 500€	700€	+ 500€	700€	+ 250 €	450€
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre très complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	250 €	+ 50€	300€	+ 170€	420€	+ 350€	600€	+ 360€	610€	+ 360€	610€	+ 200 €	450€
- Forfait équipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	250 €	+ 50€	300€	+ 170€	420€	+ 350€	600€	+ 450€	700€	+ 500€	750€	+ 250 €	500€
- Forfait équipement avec 2 verres très complexes dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	250 €	+ 50€	300€	+ 170€	420€	+ 350€	600€	+ 500€	750€	+ 550€	800€	+ 280 €	530€
- Forfait lentilles annuel remboursées ou non par le RO	60% ou 0% (1)	100%	+ 200€	200€	+ 250€	250€	+ 300€	300€	+ 350€	350€	+ 400€	400€	+ 200€	200€
- Forfait chirurgie réfractive des yeux par œil et par an	Néant	50 €	+ 200€	250€	+250€	300€	+ 300€	350€	+ 350€	400€	+ 400€	450€		
4 - DENTAIRE														
- Soins et prothèses 100% santé - faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge à compter du 1er janvier 2020 (4)	70%	**Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (4). Pris en charge au titre du contrat Socle**												
			Doublement des prestations dentaires (HORS ORTHODONTIE) après 36 mois d'adhésion consécutifs sur les presations servies au titre du contrat surcomplémentaire (A)											
- Plafond annuel, hors soins et radiologie		Néant	1 500€ (A)		1 500€(A)		2 000€(A)		2 000€(A)		3 000€(A)		+ 105 € / inlay onlay	100% BR** + un forfait de 105 € par inlay onlay
- Soins dentaires remboursés par le RO (La prise en charge des frais en secteur non conventionné est calculée sur la base de remboursement reconstituée du secteur conventionné).	70%	100% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**	400 € par couronne et supplément de 135 € sur les dents visibles	400€ par couronne et 135 € supplémentaire par dent visible
- Prothèses et Implants remboursés par le Régime Obligatoire plafonnés, à compter du 1er janvier 2020 et le cas échéant, à hauteur des honoraires limites de facturation (5)	70%	200% BR**	(maxi 400€/an/dent) (A)	200% BR** maxi 400€/an par dent(A)	+ 50% BR** (maxi 500€/an/dent)(A)	250% BR** maxi 500€/an par dent(A)	+ 100% BR** (maxi 600€/an/dent)(A)	300% BR** maxi 600€/an par dent(A)	+ 150% BR** (maxi 600€/an/dent)(A)	350% BR** maxi 600€/an par dent(A)	+ 200% BR** (maxi 600€/an/dent)(A)	400% BR** maxi 600€/an par dent(A)	-	-
- Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire.	Néant	-	+ 200% BR** (maxi 200€/an/dent)(A)	200% BR** maxi 200€/an par dent(A)	+ 250% BR** (maxi 250 €/an/dent)(A)	250% BR** maxi 250€/an par dent(A)	+ 300% BR** (maxi 300€/an/dent)(A)	300% BR** maxi 300€/an par dent(A)	+ 350% BR** (maxi 300€/an/dent)(A)	350% BR** maxi 300€/an par dent(A)	+ 400% BR** (maxi 300€/an/dent)(A)	400% BR** maxi 600€/an par dent(A)	450 €	450 €
- Orthodontie remboursée par le RO	70% ou 100% (1)	125% BR**	+ 75% BR**	200% BR**	+ 125% BR**	250% BR**	+ 175% BR**	300% BR**	+ 225% BR**	350% BR**	+ 275% BR**	400% BR**	+ 450 €	450 €
- Orthodontie non remboursée par le RO (forfait annuel)	Néant	-											+ 200 € en paradontologie par sextant et +400 € sur l'implantologie	200 € en paradontologie par sextant et 400 € sur l'implantologie
- Parodontologie, implantologie non pris en charge par le RO (*) (maxi par an*** et par personne)	Néant	-	+ 400€	400 €	+ 500€	500 €	+ 550€	550 €	+ 600€	600 €	+ 650€	650 €		
			(A) les limites par an et par dent, ainsi que le doublement des prestatons ne s'appliquent que sur les prestations calculées sur la partie surcomplémentaire du contrat, sauf											
5 - AIDES AUDITIVES														
Remboursement limité à compter du 1/01/2021 à une aide auditive tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente (7)														
Aides auditives 100% santé (classe I) - à compter du 1er janvier 2021 (6)	60%	**Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (6). Pris en charge au titre du contrat socle**												
Aides auditives (toutes classes jusqu'au 31/12/2020 et classe II à compter du 1er janvier 2021 (6), plafonné à 1 700€ par aide auditive, Ticket modérateur et remboursement du RO (*) inclus	60%	100% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**	+ 850 € par oreille	100% de la BR** + 850 € par oreille
- Supplément pris en charge par le RO (dont suivi et piles)	60%	Néant	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**
6 - CURE THERMALE														
- Forfait surveillance médicale	70%	-	+ 30% BR**	100% BR**	+ 30% BR**	100% BR**	+ 30% BR**	100% BR**	+ 30% BR**	100% BR**	+ 30% BR**	100% BR**	-	-
- Forfait cure thermale	65%	-	+ 35% BR**	100% BR**	+ 35% BR**	100% BR**	+ 35% BR**	100% BR**	+ 35% BR**	100% BR**	+ 35% BR**	100% BR**	-	-
- Forfait thermal par an et par personne	Néant	-	+ 200 €	200 €	+ 250 €	250 €	+ 300 €	300 €	+ 350 €	350 €	+ 400 €	400 €	+ 500	500 €
7 - AUTRES PRESTATIONS														
- Allocation naissance versée à l'adhésion de l'enfant, dans un délai de 3 mois suivant la naissance et sous réserve de souscription de l'enfant	Néant	-	+ 200 €	200 €	+ 250€	250 €	+ 300€	300 €	+ 350€	350 €	+ 400€	400 €	-	-
- Allocation mariage versée à l'adhésion du conjoint, dans un délai de 3 mois après le mariage	Néant	-	+ 200€	200 €	+ 250€	250 €	+ 300€	300 €	+ 350€	350 €	+ 400€	400 €	-	-
- Indemnité funéraire en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 65 ans (dans un délai maximum de 3 mois après survenance du décès)	Néant	-	+ 1 500€	1 500 €	+ 1 500€	1 500 €	+ 2 000€	2 000 €	+ 2 000€	2 000 €	+ 3 000€	3 000 €	+ 100 % du PMSS	1 PMSS
- Protection Juridique ADEP SANTÉ par l'intermédiaire de CFDP Assurances	Néant	-	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	-	-
- Téléconsultation médicale à distance par l'intermédiaire de AXA Assistance	Néant	Inclus	-	Inclus	-	Inclus	-	Inclus	-	Inclus	-	Inclus	-	Inclus
- Assistance Santé en cas d'hospitalisation par l'intermédiaire de Mondial Assistance	Néant	-	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus
- Allocation d'un capital de 1 500 € en cas de diagnostic d'un cancer de la prostate (pour un homme de 20 à 60 ans) pour la sphère gynécologique (pour la femme de 20 à 60 ans)	Néant	-	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	-	-
- Versement d'une indemnité journalière de 20 € en cas d'hospitalisation au-delà du 1er jour en cas d'accident, 3ème jour en cas de maladie : Durée maximum 100 jours par an et par famille, cessation de la garantie à 65 ans	Néant	-	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	-	-
- Versement d'un capital équipement / dépendance destiné à du matériel médical ou de confort pour les personnes dépendantes ou handicapées (jusqu'à 80 ans) : 1 500€, doublés en cas d'accident (3 000 €)	Néant	-	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	+ Inclus	Inclus	-	-
- Forfait vaccin non pris en charge par la SS (forfait annuel)	Néant	-	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €	-	-
8 - ACTES DE PREVENTION (arrêté du 8 juin 2006) prise en charge et prévention prévus dans le cadre du contrat responsable														
- Détartrage annuel														
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans														
- Scellement des sillons sur les molaires pour un enfant de moins de 14 ans														
- Dépistage de l'hépatite B														
- Vaccinations seules ou combinées : vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois ; Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; BCG, avant 6 ans ; hépatite B, avant 14 ans ; coqueluche, avant 14 ans ; rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant ; diphtérie, tétanos et poliomyélite, à tout âge														
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans														
- Dépistage tous les 5 ans des troubles chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale ; audiométrie tonale avec tympanométrie ; audiométrie vocale dans le bruit ; audiométrie tonale et vocale ; audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie														

*RO : régime obligatoire, PR : frais réels, DPTAM : dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnels et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Dentistes, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.
** BR : Base de remboursement
*** par an s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat. Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant : limité à 200€/acte /
Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant : limité à 250€/acte

(1) selon la nature des soins ou prestations.

(2) A compter du 1er janvier 2020, les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées dans le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018.

(3) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de Classe A), seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé.
Avant le 1er janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle de votre équipement optique s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2019-11-NI-ADEP SUIRCO SANTE ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties en fonction du type de correction (« simple », « complexe », « très complexe »).

(4) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Decret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothétiques faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que définis dans la Convention prevue à l'article L. 162-9 du Code de la securite sociale seront integralement remboursés a hauteur 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 Reglement arbitral prevu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(5) dans la limite des honoraires 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, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(6) A compter du 1er janvier 2021, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs médicaux d'aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (Classe I) seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixé par le Comité économique des produits de santé (avis du 28 novembre 2018).
Avant le 1er janvier 2021, la prise en charge par la Mutuelle des aides auditives s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2019-11-NI-ADEP SUIRCO SANTE ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties.

(7) Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 14 novembre 2018.

VOS PRESTATIONS suite à la souscription de la garantie CR200 et les garanties surcomplémentaires proposées										
CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/SANTE/GLOBAL n°03 A ADHESION FACULTATIVE	RO en % de la BR**	Garanties socle CR200	Surco Equilibre		Surco Bien-être		Surco Optimum		Surco Excellence	
			+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale
VOS GARANTIES FRAIS DE SOINS										
1 - HOSPITALISATION (Médicale, chirurgicale, y compris maternité)										
- Forfait hospitalier journalier (sans limite de durée), hors établissements medico-sociaux	Néant	100% Du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur
- Franchise sur actes lourds	Néant	100% Du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur
- Honoraires (hospitalisation,chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - DPTAM*	80% ou 100% (1)	200% BR	+ 20% BR**	220% BR**	+ 20% BR**	220% BR**	+ 20% BR**	220% BR**	+ 20% BR**	220% BR**
- Honoraires (hospitalisation, chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - horsDPTAM*	80% ou 100% (1)	180% de la BR	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**	+ 100% BR**	200% BR**
- Frais de séjour, hébergement et ambulatoire (établissement conventionné ou non, hors établissements médico-sociaux, plafonné au ticket modérateur pour les maisons de repos)	80% ou 100% (1)	Frais Réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels
- Chambre particulière, y compris maternité et maison de repos (Limité à 45 jours par an en service psychiatrique et neuropsychiatrique)	Néant	50€/jour (maxi 75 jours/an)	+ 10€/jours et +45 jrs /an	60€/jour maximum 120 jrs/an	+ 20€/jours et + 105 jrs /an	70€/jour maximum 180 jrs/an	+30 €/jrs et + 105 jours/an	80€/jour maximum 180 jrs/an	+40 €/jrs et + 105 jours/an	90€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an
- Lit accompagnant enfant moins de 14 ans : maxi 45 jours	Néant	-	+ 15 €/nuit	30 €/nuit	+ 15 €/nuit	30 €/nuit	+ 15 €/nuit	30 €/nuit	+ 20 €/nuit	35 €/nuit
- Transport de malades (ambulances, SAMU, SMUR, etc...) pris en charge par le RO	65%	100% de la BR	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**
2 - SOINS COURANTS										
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste DPTAM*	70%	200% BR**	+ 50% BR**	250% BR**	+ 100% BR**	300% BR**	+ 150% BR**	350% BR**	+ 200% BR**	400% BR**
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste non DPTAM*	70%	180% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**
- Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	60%	200% BR**	+ 50% BR**	250% BR**	+ 100% BR**	300% BR**	+ 150% BR**	350% BR**	+ 200% BR**	400% BR**
- Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	180% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**
- Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) DPTAM *	60%	200% BR**	+ 50% BR**	250% BR**	+ 100% BR**	300% BR**	+ 150% BR**	350% BR**	+ 200% BR**	400% BR**
- Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	180% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	70%	200% BR**	+ 50% BR**	250% BR**	+ 100% BR**	300% BR**	+ 150% BR**	350% BR**	+ 200% BR**	400% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie . Médecins (ou Praticiens) non DPTAM*	70%	180% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**	+ 20% BR**	200% BR**
- Médicaments et homéopathie prescrits et pris en charge par le RO	Entre 15% et 65%	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**
- Médicaments et vaccins non remboursés mais avec prescription du médecin traitant (par an/par contrat)	Néant	maxi 300€/an	-	maxi 300€/an	-	maxi 300€/an	-	maxi 300€/an	+ 100€/an	maxi 400€/an
- Honoraires séances Ostéopathie, chiropraxie, étiopathie : maximum 2 séances par an par personne	Néant	50€ maxi la séance	-	50€ maxi la séance	+ 5€ maxi/séance	55€ maxi la séance	+ 10€ maxi/séance	60€ maxi la séance	+ 20€ maxi/séance	70€ maxi la séance
- Matériel médical (fauteuil roulant,...) et prothèses (autres que dentaires et auditives) médicales orthopédiques, mammaires et capillaires	60% ou 100% (1)	125% BR**	-	125% BR**	+ 25% BR**	150% BR**	+ 50% BR**	175% BR**	+ 75% BR**	200% BR**
3 - OPTIQUE - Les forfaits sont exprimés en Euros et s'entendent participation du RO(*) et Ticket Modérateur inclus										
Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans, ou tous les ans pour les de moins de 16 ans ou en cas de modification de la vue, dans les conditions fixées dans votre Notice d'information(2)										
- Equipements optiques "100% Santé" - Classe A (3) - y compris suppléments- à compter du 01/01/2020	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (3). Pris en charge au titre du contrat socle								
Forfait équipement classe B - hors 100% santé:	60%									
- Forfait équipement avec 2 verres simples dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	+ 120€	420€	+ 120€	420€	+ 120€	420€	+ 120€	420€
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	+ 120€	420€	+ 250€	550€	+ 250€	550€	+ 250€	550€
- Forfait équipement avec 2 verres complexes dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	+ 120€	420€	+ 300€	600€	+ 400€	700€	+ 400€	700€
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre très complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	+ 120€	420€	+ 300€	600€	+ 310€	610€	+ 310€	610€
- Forfait équipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	+ 120€	420€	+ 300€	600€	+ 400€	700€	+ 250€	750€
- Forfait équipement avec 2 verres très complexes dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	300 €	+ 120€	420€	+ 300€	600€	+ 450€	750€	+ 300€	800€
- Forfait lentilles annuel remboursées ou non par le RO	60% ou 0% (1)	200 €	+ 50€	250€	+ 100€	300€	+ 150€	350€	+ 200€	400€
- Forfait chirurgie réfractive des yeux par œil et par an	Néant	250 €	+50€	300€	+ 100€	350€	+ 150€	400€	+ 200€	450€
4 - DENTAIRE										
-Soins et prothèses 100% santé -à compter du 1er janvier 2020 tels que définis réglementairement (4)	70%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (4). Pris en charge au titre du contrat Socle								
			Doublement des prestations dentaires (HORS ORTHODONTIE) après 36 mois d'adhésion consécutifs sur les prestations servies au titre du contrat surcomplémentaire (A)							
- Plafond annuel, hors soins et radiologie		Néant	1 500€(A)		2 000€(A)		2 000€(A)		3 000€(A)	
- Soins dentaires remboursés par le RO (La prise en charge des frais en secteur non conventionné est calculée sur la base de remboursement reconstituée du secteur conventionné).	70%	200% BR**	+ 50% BR**	250% BR**	+ 100% BR**	300% BR**	+ 150% BR**	350% BR**	+ 200% BR**	400% BR**
- Prothèses et Implants remboursés par le Régime Obligatoire plafonnés, à compter du 1er janvier 2020 et le cas échéant, à hauteur des honoraires limites de facturation (5)	70%	200% BR** (maxi 400€/an/dent) (A)	+ 50% BR** (+ 100€/an/dent)(A)	250% BR** maxi 500€/an par dent(A)	+ 100% BR** (+ 200€/an/dent)(A)	300% BR** maxi 600€/an par dent(A)	+ 150% BR** (+ 200€/an/dent)(A)	350% BR** maxi 600€/an par dent(A)	+ 200% BR** (+ 200€/an/dent)(A)	400% BR** maxi 600€/an par dent(A)
- Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire.	Néant	200% BR** (maxi 200€/an/dent) (A)	+ 50% BR** (+ 50 €/an/dent)(A)	250% BR** maxi 250€/an par dent(A)	+ 100% BR** (+ 100€/an/dent)(A)	300% BR** maxi 300€/an par dent(A)	+ 150% BR** (+ 100€/an/dent)(A)	350% BR** maxi 300€/an par dent(A)	+ 200% BR** (+ 400€/an/dent)(A)	400% BR** maxi 600€/an par dent(A)
- Orthodontie remboursée par le RO	70% ou 100% (1)	200%	+ 50% BR**	250% BR**	+ 100% BR**	300% BR**	+ 150% BR**	350% BR**	+ 200% BR**	400% BR**
- Parodontologie, implantologie non pris en charge par le RO (*) (maxi par an*** et par personne)	Néant	400€	+ 100€	500 €	+ 150€	550 €	+ 200€	600 €	+ 250€	650 €
(A) les limites par an et par dent, ainsi que le doublement des prestatons ne s'appliquent que sur les prestations calculées sur la partie surcomplémentaire du contrat, sauf mentions contraires figurant										
5 - AIDES AUDITIVES										
Remboursement limité à compter du 1/01/2021 à une aide auditive tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente (2)										
Aides auditives 100% santé (classe I) - à compter du 1er janvier 2021 (6)	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (6). Pris en charge au titre du contrat socle								
Aides auditives (toutes classes jusqu'au 31/12/2020 et classe II à compter du 1er janvier 2021 (6), plafonné à 1 700€ par aide auditive, Ticket modérateur et remboursement du RO (*) inclus	60%	100% BR**	+ 150% BR**	250% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**
- Supplément pris en charge par le RO (dont suivi et piles)	60%	Néant	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**
6 - CURE THERMALE										
- Forfait surveillance médicale	70%	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**
- Forfait cure thermale	65%	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**
- Forfait thermal par an et par personne	Néant	200€	+ 50 €	250	+ 100 €	300 €	+ 150 €	350 €	+ 200 €	400 €
7 - AUTRES PRESTATIONS										
- Allocation naissance versée à l'adhésion de l'enfant, dans un délai de 3 mois suivant la naissance et sous réserve de souscription de l'enfant	Néant	200€	+ 50€	250 €	+ 100€	300 €	+ 150€	350 €	+ 2000€	400 €
- Allocation mariage versée à l'adhésion du conjoint, dans un délai de 3 mois après le mariage	Néant	200€	+ 50€	250 €	+ 100€	300 €	+ 150€	350 €	+ 200€	400 €
- Indemnité funéraire en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 65 ans (dans un délai maximum de 3 mois après survenance du décès)	Néant	1 500€	-	1 500 €	+ 500€	2 000 €	+ 500€	2 000 €	+ 1 500€	3 000 €
- Protection Juridique ADEP SANTÉ par l'intermédiaire de CFDP Assurances	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Téléconsultation médicale à distance par l'intermédiaire de AXA Assistance	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Assistance Santé en cas d'hospitalisation par l'intermédiaire de Mondial Assistance	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Allocation d'un capital de 1 500 € en cas de diagnostic d'un cancer de la prostate (pour un homme de 20 à 60 ans) pour la sphère gynécologique (pour la femme de 20 à 60 ans)	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Versement d'une indemnité journalière de 20 € en cas d'hospitalisation au-delà du 1er jour en cas d'accident, 3ème jour en cas de maladie : Durée maximum 100 jours par an et par famille, cessation de la garantie à 65 ans	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Versement d'un capital équipement / dépendance destiné à du matériel médical ou de confort pour les personnes dépendantes ou handicapées (jusqu'à 80 ans) : 1 500€, doublés en cas d'accident (3 000 €)	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Forfait vaccin non pris en charge par la SS (forfait annuel)	Néant	-	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €
8 - ACTES DE PREVENTION (arrêté du 8 juin 2006) prise en charge et prévention prévus dans le cadre du contrat responsable										
- Détartrage annuel										
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans										
- Scellement des sillons sur les molaires pour un enfant de moins de 14 ans										
- Dépistage de l'hépatite B										
- Vaccinations seules ou combinées : vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois ; Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; BCG, avant 6 ans ; hépatite B, avant 14 ans ; coqueluche, avant 14 ans ; rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant ; diphtérie, tétanos et poliomyélite, à tout âge										
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans										
- Dépistage tous les 5 ans des troubles chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale ; audiométrie tonale avec tympanométrie ; audiométrie vocale dans le bruit ; audiométrie tonale et vocale ; audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie										

** RO : régime obligatoire, FR : frais réels, DPTAM : dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.*

*** BR : Base de remboursement*

**** par an s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat. Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant : limité à 200€ l'acte / Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant : limité à 250€ l'acte*

(1) selon la nature des soins ou prestations,

(2) A compter du 1er janvier 2020, les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées dans le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018.

(3) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de Classe A), seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé.
Avant le 1er janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle de votre équipement optique s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2019-11-NI-ADEP SURCO SANTE ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties en fonction du type de correction (« simple », « complexe », « très complexe »).

(4) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Decret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothetiques tassant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que definis dans la Convention prevue à l'article L. 162-9 du Code de la securite sociale seront integralement remboursés a hauteur des honoraires limites de facturation fixes par la Convention dentaire prevue a l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le Reglement arbitral prevu a l'article L. 162-14-2. pour les actes definis par Arrêté des Ministres charges de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(5) dans la limite des honoraires 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, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(6) A compter du 1er janvier 2021, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs medicaux d'aides auditives tassant l'objet d'une prise en charge renforcée (classe I) seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé, dans la limite d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 14 novembre 2018.

VOS PRESTATIONS suite à la souscription de la garantie CR250 et les garanties surcomplémentaires proposées

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/SANTE/GLOBAL n°03 A ADHESION FACULTATIVE	RO en % de la BR**	Garanties socle CR250	Surco Bien-être		Surco Optimum		Surco Excellence	
			+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale	+ Surco	Garantie globale
VOS GARANTIES FRAIS DE SOINS								
1 - HOSPITALISATION (Médicale, chirurgicale, y compris maternité)								
- Forfait hospitalier journalier (sans limite de durée), hors établissements medico-sociaux	Néant	100% Du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur
- Franchise sur actes lourds	Néant	100% Du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur
- Honoraires (hospitalisation,chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - DPTAM*	80% ou 100% (1)	220% BR**	-	220% BR**	-	220% BR**	-	220% BR**
- Honoraires (hospitalisation, chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - horsDPTAM*	80% ou 100% (1)	200% BR**	-	200% BR**	-	200% BR**	-	200% BR**
- Frais de séjour, hébergement et ambulatoire (établissement conventionné ou non, hors établissements médico-sociaux, plafonné au ticket modérateur pour les maisons de repos)	80% ou 100% (1)	Frais Réels	-	Frais réels	-	Frais réels	-	Frais réels
- Chambre particulière, y compris maternité et maison de repos (Limité à 45 jours par an en service psychiatrique et neuropsychiatrique)	Néant	60€/jour (maxi 90 jours/an)	+ 10€/jours et + 90 jrs /an	70€/jour maximum 180 jrs/an	+20 €/jrs et + 90 jours/an	80€/jour maximum 180 jrs/an	+30 €/jrs et + 90 jours/an	90€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an
- Lit accompagnant enfant moins de 14 ans : maxi 45 jours	Néant	20€/ nuit	+ 10€/nuit	30€/nuit	+ 10€/nuit	30€/nuit	+ 15€/nuit	35€/nuit
- Transport de malades (ambulances, SAMU, SMUR, etc...) pris en charge par le RO	65%	100% de la BR	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**
2 - SOINS COURANTS								
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste DPTAM*	70%	220% BR**	+ 50% BR**	300% BR**	+ 100% BR**	350% BR**	+ 150% BR**	400% BR**
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste non DPTAM*	70%	200% BR**	-	200% BR**	-	200% BR**	-	200% BR**
- Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	60%	250% BR**	+ 50% BR**	300% BR**	+ 100% BR**	350% BR**	+ 150% BR**	400% BR**
- Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	200% BR**	-	200% BR**	-	200% BR**	-	200% BR**
- Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) DPTAM *	60%	250% BR**	+ 50% BR**	300% BR**	+ 100% BR**	350% BR**	+ 150% BR**	400% BR**
- Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	200% BR**	-	200% BR**	-	200% BR**	-	200% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	70%	250% BR**	+ 50% BR**	300% BR**	+ 100% BR**	350% BR**	+ 150% BR**	400% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie . Médecins (ou Praticiens) non DPTAM*	70%	200% BR**	-	200% BR**	-	200% BR**	-	200% BR**
- Médicaments et homéopathie prescrits et pris en charge par le RO	Entre 15% et 65%	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**
- Médicaments et vaccins non remboursés mais avec prescription du médecin traitant (par an/par contrat)	Néant	maxi 300€/an	-	maxi 300€/an	-	maxi 300€/an	+ 100€/an	maxi 400€/an
- Honoraires séances Ostéopathie, chiropraxie, étiopathie : maximum 2 séances par an par personne	Néant	50€ (maxi la séance)	+ 5€ maxi/séance	55€ maxi la séance	+ 10€ maxi/séance	60€ maxi la séance	+ 20€ maxi/séance	70€ maxi la séance
- Matériel médical (fauteuil roulant,...) et prothèses (autres que dentaires et auditives) médicales orthopédiques, mammaires et capillaires	60% ou 100% (1)	125% BR**	+ 25% BR**	150% BR**	+ 50% BR**	175% BR**	+ 75% BR**	200% BR**
3 - OPTIQUE - Les forfaits sont exprimés en Euros et s'entendent participation du RO(*) et Ticket Modérateur inclus								
Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans, ou tous les ans pour les de moins de 16 ans ou en cas de modification de la vue, dans les conditions fixées dans votre Notice d'information(2)								
- Equipements optiques "100% Santé" - Classe A (3) - y compris suppléments- à compter du 01/01/2020	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (3). Pris en charge au titre du contrat socle						
Forfait équipement classe B - hors 100% santé:	60%							
- Forfait équipement avec 2 verres simples dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	420€	-	420 €	-	420 €	-	420 €
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	420€	+ 130€	550 €	+ 130€	550 €	+ 130€	550 €
- Forfait équipement avec 2 verres complexes dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	420€	+ 180€	600 €	+ 280€	700 €	+ 280€	700 €
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre très complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	420€	+ 180€	600 €	+ 190€	610 €	+ 190€	610 €
- Forfait équipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	420€	+ 180€	600 €	+ 280€	700 €	+ 330€	750 €
- Forfait équipement avec 2 verres très complexes dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	420€	+ 180€	600 €	+ 330€	750 €	+ 380€	800 €
- Forfait lentilles annuel remboursées ou non par le RO	60% ou 0% (1)	250€	+ 50€	300 €	+ 100€	350 €	+ 150€	400 €
- Forfait chirurgie réfractive des yeux par œil et par an	Néant	300€	+ 50€	350 €	+ 100€	400 €	+ 150€	450 €
4 - DENTAIRE								
- Soins et prothèses 100% santé - à compter du 1er janvier 2020 tels que définis réglementairement (4)	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (4). Pris en charge au titre du contrat Socle						
			Doublement des prestations dentaires (HORS ORTHODONTIE) après 36 mois d'adhésion consécutifs sur les presations servies au titre du contrat surcomplémentaire (A)					
- Plafond annuel, hors soins et radiologie		Néant	2 000€(A)		2 000€(A)		3 000€(A)	
- Soins dentaires remboursés par le RO (La prise en charge des frais en secteur non conventionné est calculée sur la base de remboursement reconstituée du secteur conventionné).	70%	250% BR**	+ 50% BR**	300% BR**	+ 100% BR**	350% BR**	+ 150% BR**	400% BR**
- Prothèses et Implants remboursées par le Régime Obligatoire plafonnés, à compter du 1er janvier 2020 et le cas échéant, à hauteur des honoraires limites de facturation (5)	70%	250% BR** (maxi 500€/an/dent) (A)	+ 100% BR** (+ 100€/an/dent)(A)	300% BR** maxi 600€/an par dent(A)	+ 100% BR** (+ 100€/an/dent)(A)	350% BR** maxi 600€/an par dent(A)	+ 150% BR** (+ 100€/an/dent)(A)	400% BR** maxi 600€/an par dent(A)
- Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire.	Néant	200% BR** (maxi 250€/an/dent) (A)	+ 100% BR** (+50€/an/dent)(A)	300% BR** maxi 300€/an par dent(A)	+ 550% BR** (+ 50€/an/dent)(A)	350% BR** maxi 300€/an par dent(A)	+ 200% BR** (+ 350€/an/dent)(A)	400% BR** maxi 600€/an par dent(A)
- Orthodontie remboursée par le RO	70% ou 100% (1)	250% BR**	+ 50% BR**	300% BR**	+ 100% BR**	350% BR**	+ 150% BR**	400% BR**
- Parodontologie, implantologie non pris en charge par le RO (*) (maxi par an*** et par personne)	Néant	500€	+ 50€	550 €	+ 100€	600 €	+ 150€	650 €
(A) les limites par an et par dent, ainsi que le doublement des prestatons ne s'appliquent que sur les prestations calculées sur la partie surcomplémentaire du contrat, sauf mentions contraires figurant sur le contrat socle								
5 - AIDES AUDITIVES								
Remboursement limité à compter du 1/01/2021 à une aide auditive tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente (7)								
Aides auditives 100% santé (classe I) - à compter du 1er janvier 2021 (6)	60%	Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (6). Pris en charge au titre du contrat socle						
Aides auditives (toutes classes jusqu'au 31/12/2020 et classe II à compter du 1er janvier 2021 (6), plafonné à 1 700€ par aide auditive, Ticket modérateur et remboursement du RO (*) inclus	60%	100% BR**	+ 200% BR**	300% BR**	+ 250% BR**	350% BR**	+ 300% BR**	400% BR**
- Supplément pris en charge par le RO (dont suivi et piles)	60%	Néant	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**	+100% BR**	100% BR**
6 - CURE THERMALE								
- Forfait surveillance médicale	70%	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**
- Forfait cure thermale	65%	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**	-	100% BR**
- Forfait thermal par an et par personne	Néant	250€	+ 50€	300 €	+ 100€	350 €	+ 150€	400 €
7 - AUTRES PRESTATIONS								
- Allocation naissance versée à l'adhésion de l'enfant, dans un délai de 3 mois suivant la naissance et sous réserve de souscription de l'enfant	Néant	250€	+ 50€	300 €	+ 100€	350 €	+ 150€	400 €
- Allocation mariage versée à l'adhésion du conjoint, dans un délai de 3 mois après le mariage	Néant	250€	+ 50€	300 €	+ 100€	350 €	+ 150€	400 €
- Indemnité funéraire en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 65 ans (dans un délai maximum de 3 mois après survenance du décès)	Néant	1 500€	+ 500€	2 000 €	+ 500€	2 000 €	+ 1 500€	3 000 €
- Protection Juridique ADEP SANTÉ par l'intermédiaire de CFDP Assurances	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Téléconsultation médicale à distance par l'intermédiaire de AXA Assistance	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Assistance Santé en cas d'hospitalisation par l'intermédiaire de Mondial Assistance	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Allocation d'un capital de 1 500 € en cas de diagnostic d'un cancer de la prostate (pour un homme de 20 à 60 ans) pour la sphère gynécologique (pour la femme de 20 à 60 ans)	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Versement d'une indemnité journalière de 20 € en cas d'hospitalisation au-delà du 1er jour en cas d'accident, 3ème jour en cas de maladie : Durée maximum 100 jours par an et par famille, cessation de la garantie à 65 ans	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Versement d'un capital équipement / dépendance destiné à du matériel médical ou de confort pour les personnes dépendantes ou handicapées (jusqu'à 80 ans) : 1 500€, doublés en cas d'accident (3 000 €)	Néant	Inclus	-	inclus	-	inclus	-	inclus
- Forfait vaccin non pris en charge par la SS (forfait annuel)	Néant	-	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €	+ 15 €	15 €
8 - ACTES DE PREVENTION (arrêté du 8 juin 2006) prise en charge et prévention prévus dans le cadre du contrat responsable								
- Détartrage annuel								
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans								
- Scellement des sillons sur les molaires pour un enfant de moins de 14 ans								
- Dépistage de l'hépatite B								
- Vaccinations seules ou combinées : vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois ; Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; BCG, avant 6 ans ; hépatite B, avant 14 ans ; coqueluche, avant 14 ans ; rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant ; diphtérie, tétanos et poliomyélite, à tout âge								
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans								
- Dépistage tous les 5 ans des troubles chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale ; audiométrie tonale avec tympanométrie ; audiométrie vocale dans le bruit ; audiométrie tonale et vocale ; audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie								

* *RO : régime obligatoire, FR : frais réels, DPTAM : dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.*

** *BR : Base de remboursement*

*** *par an s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat. Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant : limité à 200€ l'acte / Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant : limité à 250€ l'acte*

(1) selon la nature des soins ou prestations,

(2) A compter du 1er janvier 2020, les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectant les conditions fixées dans le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018.

(3) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de Classe A), seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé.
Avant le 1er janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle de votre équipement optique s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2019-11-NI-ADEP SURCO SANTE ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties en fonction du type de correction (« simple », « complexe », « très complexe »).

(4) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothétiques faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que définis dans la Convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale seront intégralement remboursés à hauteur 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, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(5) dans la limite des honoraires 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, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(6) A compter du 1er janvier 2021, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs médicaux d'aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (classe I) seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixé par le Comité économique des produits de santé (avis du 28 novembre 2018).
Avant le 1er janvier 2021, la prise en charge par la Mutuelle de votre aide auditive s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2019-11-NI-ADEP SURCO SANTE ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties

(7) Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 14 novembre 2018.

VOS PRESTATIONS suite à la souscription de la garantie CR300 et les garanties surcomplémentaires proposées

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/SANTE/GLOBAL n°03 A ADHESION FACULTATIVE	RO en % de la BR**	Garanties socle CR300	Surco Excellence	
			+ Surco	Garantie globale
VOS GARANTIES FRAIS DE SOINS				
1 - HOSPITALISATION (Médicale, chirurgicale, y compris maternité)				
- Forfait hospitalier journalier (sans limite de durée), hors établissements medico-sociaux	Néant	100% Du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur
- Franchise sur actes lourds	Néant	100% Du forfait en vigueur	-	100% du forfait en vigueur
- Honoraires (hospitalisation,chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - DPTAM*	80% ou 100% (1)	220% BR**	-	220% BR**
- Honoraires (hospitalisation, chirurgie, anesthésie, ambulatoires et soins externes) des Médecins (ou Praticiens) en fonction de la nature des soins - horsDPTAM*	80% ou 100% (1)	200% BR**	-	200% BR**
- Frais de séjour, hébergement et ambulatoire (établissement conventionné ou non, hors établissements médico-sociaux, plafonné au ticket modérateur pour les maisons de repos)	80% ou 100% (1)	Frais Réels	-	Frais réels
- Chambre particulière, y compris maternité et maison de repos (Limité à 45 jours par an en service psychiatrique et neuropsychiatrique)	Néant	70€/jour (maxi 180 jours/an)	*+20€/jrs*	90€/jour maximum 180 jrs/an limité à 45 jours/an
- Lit accompagnant enfant moins de 14 ans : maxi 45 jours	Néant	25€/ nuit	*+ 10€/nuit*	35€/nuit
- Transport de malades (ambulances, SAMU, SMUR, etc...) pris en charge par le RO	65%	100% de la BR	-	100% BR**
2 - SOINS COURANTS				
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste DPTAM*	70%	220% BR**	*+ 100% BR***	400% BR**
- Honoraires médicaux: consultation, visite, actes techniques médicaux (dont chirurgie) Médecin ou Spécialiste non DPTAM*	70%	200% BR**	-	200% BR**
- Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	60%	300% BR**	*+ 100% BR***	400% BR**
- Honoraires paramédicaux : soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	200% BR**	-	200% BR**
- Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) DPTAM *	60%	300% BR**	*+ 100% BR***	400% BR**
- Analyse et examens de laboratoire - Médecins (ou Praticiens) hors DPTAM*	60%	200% BR**	-	200% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie - Médecins (ou Praticiens) DPTAM*	70%	300% BR**	*+ 100% BR***	400% BR**
- Imagerie - Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie . Médecins (ou Praticiens) non DPTAM*	70%	200% BR**	-	200% BR**
- Médicaments et homéopathie prescrits et pris en charge par le RO	Entre 15% et 65%	100% BR**	-	100% BR**
- Médicaments et vaccins non remboursés mais avec prescription du médecin traitant (par an/par contrat)	Néant	maxi 300€/an	*+ 100€/an*	maxi 400€/an
- Honoraires séances Ostéopathie, chiropraxie, étiopathie : maximum 2 séances par an par personne	Néant	55€ (maxi la séance)	*+ 15€ maxi/séance*	70€ maxi la séance
- Matériel médical (fauteuil roulant,...) et prothèses (autres que dentaires et auditives) médicales orthopédiques, mammaires et capillaires	60% ou 100% (1)	150% BR**	*+ 50% BR***	200% BR**
3 - OPTIQUE				
Limite à un équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans, ou tous les ans pour les de moins de 16 ans ou en cas de modification de la vue, dans les conditions fixées dans votre Notice d'information(2)				
- Equipements optiques "100% Santé" - Classe A (3) - y compris suppléments- à compter du 01/01/2020	60%	**Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (3). Pris en charge au titre du contrat socle**		
Forfait équipement classe B - hors 100% santé:	60%			
- Forfait équipement avec 2 verres simples dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	420€	-	420€
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	500€	*+ 50€*	550€
- Forfait équipement avec 2 verres complexes dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	550€	*+ 150€*	700€
- Forfait équipement avec 1 verre simple et un verre très complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	550€	*+ 60€*	610€
- Forfait équipement avec 1 verre complexe et un verre très complexe dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	550€	*+ 200€*	750€
- Forfait équipement avec 2 verres très complexes dont participation maximale de 100€ pour la monture (2)	60%	550€	*+ 250€*	800€
- Forfait lentilles annuel remboursées ou non par le RO	60% ou 0% (1)	300€	*+ 100€*	400€
- Forfait chirurgie réfractive des yeux par œil et par an	Néant	350€	*+ 100€*	450€
4 - DENTAIRE				
- Soins et prothèses 100% santé - à compter du 1er janvier 2020 tels que définis réglementairement (4)	60%	**Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (4). Pris en charge au titre du contrat Socle**		
			Doublement des prestations dentaires (HORS ORTHODONTIE) après 36 mois d'adhésion consécutifs sur les presations servies au titre du contrat surcomplémentaire (A)	
- Plafond annuel, hors soins et radiologie		Néant		
- Soins dentaires remboursés par le RO (La prise en charge des frais en secteur non conventionné est calculée sur la base de remboursement reconstituée du secteur conventionné).	70%	300% BR**	*+ 100% BR***	400% BR**
- Prothèses et implants remboursés par le Régime Obligatoire plafonnés, à compter du 1er janvier 2020 et le cas échéant, à hauteur des honoraires limites de facturation (5)	70%	300% BR** (maxi 600€/an/dent) (A)	*+ 100% BR***	400% BR** maxi 600€/an par dent(A)
- Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire.	Néant	300% BR** (maxi 300€/an/dent) (A)	*+ 100% BR*** *(+ 300€/an/dent)(A)*	400% BR** maxi 600€/an par dent(A)
- Orthodontie remboursée par le RO	70% ou 100% (1)	300% BR**	*+ 100% BR***	400% BR**
- Parodontologie, implantologie non pris en charge par le RO (*) (maxi par an*** et par personne)	Néant	550€	*+ 100€*	650€
(2) les limites par an et par dent, ainsi que le doublement des prestatons ne s'appliquent que sur les prestations calculées sur la partie surcomplémentaire du contrat, sauf mentions				
5 - AIDES AUDITIVES				
Remboursement limité à compter du 1/01/2021 à une aide auditive tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente (6)				
Aides auditives 100% santé (classe I) - à compter du 1er janvier 2021 (6)	60%	**Frais réels et sans reste à charge, dans la limite des prix limites de vente (PLV) (6). Pris en charge au titre du contrat socle**		
Aides auditives (toutes classes jusqu'au 31/12/2020 et classe II à compter du 1er janvier 2021 (6), plafonné à 1 700€ par aide auditive, Ticket modérateur et remboursement du RO (*) inclus	60%	100% BR**	+ 300% BR**	400% BR**
- Supplément pris en charge par le RO (dont suivi et piles)	60%	Néant	*+100% BR***	100% BR**
6 - CURE THERMALE				
- Forfait surveillance médicale	70%	100% BR**	-	100% BR**
- Forfait cure thermale	65%	100% BR**	-	100% BR**
- Forfait thermal par an et par personne	Néant	300€	*+ 100€*	400€
7 - AUTRES PRESTATIONS				
- Allocation naissance versée à l'adhésion de l'enfant, dans un délai de 3 mois suivant la naissance et sous réserve de souscription de l'enfant	Néant	300€	*+ 100€*	400€
- Allocation mariage versée à l'adhésion du conjoint, dans un délai de 3 mois après le mariage	Néant	300€	*+ 100€*	400€
- Indemnité funéraire en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 65 ans (dans un délai maximum de 3 mois après survenance du décès)	Néant	2 000€	*+ 1 000€*	3 000€
- Protection Juridique ADEP SANTÉ par l'intermédiaire de CFDP Assurances	Néant	Inclus	-	inclus
- Téléconsultation médicale à distance par l'intermédiaire de AXA Assistance	Néant	Inclus	-	inclus
- Assistance Santé en cas d'hospitalisation par l'intermédiaire de Mondial Assistance	Néant	Inclus	-	inclus
- Allocation d'un capital de 1 500 € en cas de diagnostic d'un cancer de la prostate (pour un homme de 20 à 60 ans) pour la sphère gynécologique (pour la femme de 20 à 60 ans)	Néant	Inclus	-	inclus
- Versement d'une indemnité journalière de 20 € en cas d'hospitalisation au-delà du 1er jour en cas d'accident, 3ème jour en cas de maladie : Durée maximum 100 jours par an et par famille, cessation de la garantie à 65 ans	Néant	Inclus	-	inclus
- Versement d'un capital équipement / dépendance destiné à du matériel médical ou de confort pour les personnes dépendantes ou handicapées (Jusqu'à 80 ans) : 1 500€, doublés en cas d'accident (3 000 €)	Néant	Inclus	-	inclus
- Forfait vaccin non pris en charge par la SS (forfait annuel)	Néant	-	*+ 15€*	15€
8 - ACTES DE PREVENTION (arrêté du 8 juin 2006) prise en charge et prévention prévus dans le cadre du contrat responsable				
- Détartrage annuel				
- Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans				
- Scellement des sillons sur les molaires pour un enfant de moins de 14 ans				
- Dépistage de l'hépatite B				
- Vaccinations seules ou combinées : vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois ; Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant ; BCG, avant 6 ans ; hépatite B, avant 14 ans ; coqueluche, avant 14 ans ; rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant ; diphtérie, tétanos et poliomyélite, à tout âge				
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans				
- Dépistage tous les 5 ans des troubles chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale ; audiométrie tonale avec tympanométrie ; audiométrie vocale dans le bruit ; audiométrie tonale et vocale ; audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie				

** RO : régime obligatoire, FR : frais réels, DPTAM : dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements*

*** BR : Base de remboursement*

**** par an s'entend par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat. Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant : limité à 200€ l'acte / Assainissement parodontal [détartrage-surfaçage radiculaire] [DSR] sur 1 sextant : limité à 250€ l'acte*

(1) selon la nature des soins ou prestations,

(2) A compter du 1er janvier 2020, les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées dans le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018.

(3) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de Classe A), seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixés par le Comité économique des produits de santé.
Avant le 1er janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle de votre équipement optique s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans la Notice d'information référencée 2019-11-NI-ADEP SURCO SANTE ENTREPRISE et dans ce tableau de garanties en fonction du type de correction (« simple », « complexe », « très complexe »).

(4) A compter du 1er janvier 2020, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothétiques faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que définis dans la Convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale seront intégralement remboursés à hauteur 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

(5) dans la limite des honoraires 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, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(6) A compter du 1er janvier 2021, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs médicaux d'aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (Classe I) seront intégralement remboursés à hauteur des prix limites de vente fixé par le Comité économique des produits de santé (avis du 28 novembre 2018).

(7) Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret N°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 14 novembre 2018.

Tous les pourcentages indiqués dans le tableau correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 1er janvier 2019 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et, éventuellement, des dépassements d'honoraires des praticiens.