

BRSS : Base de remboursement Sécurité Sociale FR : Frais réels TM : Ticket Modérateur
 OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée, OPTAM CO : Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique

H : Hospitalisation

	A.M.O**	A.M.O** + Mutuelle
Frais de séjour en établissements publics et privés conventionnés (1)	80 ou 100%	250% BRSS
(+) Forfait hospitalier illimité (Hors hospitalisation en Maison d'Accueil Spécialisée, limité à 60 jours par an et par bénéficiaire)		Frais Réels
(+) Forfait chambre particulière (2)		100€/J
(+) Forfait chambre particulière en chirurgie ambulatoire (Sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie(3)		15€ / j
(+) Forfait frais d'accompagnement hospitalier (4)		35€ / j
Honoraires, actes de chirurgie, actes techniques médicaux : <i>Médecins ayant signé l'OPTAM / OPTAM CO***</i>	80 ou 100%	250% BRSS
Honoraires, actes de chirurgie, actes techniques médicaux : <i>Médecins n'ayant pas signé l'OPTAM / OPTAM CO***</i>	80 ou 100%	200% BRSS
Accompagnement avant et après hospitalisation, en ligne et par téléphone		Illimité

- (1) Pour le établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale.
 (2) Tout type de séjour avec hébergement (hors ambulatoire) comportant au moins une nuitée dans la limite de 60 jours par année civile et par bénéficiaire en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité dont 30 jours par année civile et par bénéficiaire en soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation) et psychiatrie.
 (3) Hors box d'hospitalisation (structure ouverte pouvant être individualisée).
 (4) En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire inscrit au contrat limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité dont 30 jours par année civile et par bénéficiaire en soins de suite et réadaptation (convalescence, rééducation) et psychiatrie. Sous réserve que les frais soient facturés au nom du bénéficiaire des soins, assuré par la mutuelle.

O : Optique

Équipement optique classe A - RAC 0 appelé 100% santé (5) (6) (7)		100 % FR
Équipement optique classe B (Tarifs libéraux pratiqués par le professionnel de santé)		
(+) Forfait monture + 16 ans (Adulte)(7)		100 €
(+) Forfait monture - 16 ans (Enfant)(7)		80 €
(+) Forfait verres simples, par verre (7)		100 €
(+) Forfait verres complexes, par verre (7)		175 €
(+) Forfait verres très complexes, par verre (7)		175 €
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	60%	100% BRSS
Appairage (8)	60%	100% BRSS
Verres avec filtre	60%	100% BRSS
Autres suppléments (Prisme, systèmes antiptosis, verres iséiconiques)	60%	100% BRSS
Lentilles	60%	100% BRSS
(+) Forfait lentilles correctrices prises en charge ou non par l'A.M.O et produits d'entretien (y compris forfait adaptation) (9)		350 €
Chirurgie réfractive prise en charge ou non par l'A.M.O (pour les 2 yeux) (9)		500 €

- (5) RAC 0 appelé 100% santé à compter du 01/01/2020 : prise en charge de l'intégralité des frais d'acquisition des dispositifs d'optique médicale à usage individuel à hauteur des frais exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité dans le respect des prix limites de vente des produits de santé pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée.
 (6) Plafonné aux prix limites de vente optique.
 (7) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
 (8) Prestation non prise en charge dans le cadre de verres de Classe B.
 (9) Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire.
Ces forfaits incluent le ticket modérateur (TM).

D : Dentaire

Soins dentaires	70%	250% BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par l'A.M.O (dont inlay-Core) :		
Panier de soins RAC 0 appelé 100% Santé (10) (11)	70%	100% FR
Panier de soins tarifs maîtrisés (11)	70%	350% BRSS
Panier de soins tarifs libres	70%	350% BRSS
Remboursement des dépassements limité à (12)		3 000 €
<i>Forfait actes non pris en charge par l'A.M.O: soins, prothèses dentaires, paradontologie et implantologie(13)</i>		350 €
Orthodontie prise en charge par l'A.M.O (- de 16 ans)	70 ou 100%	125% BRSS
(+) Forfait diagnostic		100 €
(+) Forfait semestriel (14)		500 €
Forfait orthodontie non prise en charge par l'A.M.O (13)		350 €

- (10) RAC 0 appelé 100% santé à compter du 01/01/2020 : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses dentaires exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité dans le respect des prix limites de vente pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée.
 (11) Plafonné aux prix limites de facturation.
 (12) Le montant s'entend par année civile et par bénéficiaire, une fois le plafond atteint, prise en charge des prothèses dentaires remboursées par l'AMO dans la limite de 125%. Hors panier de soins RAC 0 appelé 100% santé.
 (13) Réalisés par un chirurgien-dentiste.
 (14) Le forfait s'entend 2 fois par an et par bénéficiaire.
Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire.

S : Soins Courants

Consultations, visites généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux : <i>médecins ayant signés l'OPTAM / OPTAM CO***</i>	70%	250% BRSS
Consultations, visites généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux : <i>médecins n'ayant pas signés l'OPTAM / OPTAM CO***</i>	70%	200% BRSS
Radiologie et échographie : <i>Médecins ayant signés l'OPTAM / OPTAM CO***</i>	70%	250% BRSS
Radiologie et échographie : <i>Médecins n'ayant pas signé l'OPTAM / OPTAM CO***</i>	70%	200% BRSS
Analyses et examens de laboratoire	60 ou 70%	250% BRSS
(+) Forfait examens de laboratoire non pris en charge par l'A.M.O		80 €
Frais de transport	65%	100% BRSS
Auxiliaires médicaux	60%	250% BRSS
Médicaments à service médical rendu important	65%	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu modéré	30%	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu faible	15%	100% BRSS
Vaccination antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélique (P)	65 ou 70%	100% BRSS
Vaccination anti-grippe (P)		Frais Réel
Dépistage Hépatite B (P)	60%	100% BRSS
Matériel médical	60 ou 100%	100% BRSS
(+) Forfait appareillage et orthopédie pris en charge par l'A.M.O		400 €

Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire		
A : Aides Auditives		
Prothèses auditives (+) Forfait prothèses auditives	60 ou 100%	100% BRSS 400 €
Piles	60%	100% BRSS
Le forfait s'entend par année civile et par bénéficiaire		
C : Cures		
Cure Thermale	65%	100% BRSS
Honoraires de surveillance	70%	100% BRSS
(+) Forfait Cure Thermale (15)		300 €
(15) Prise en charge des frais de transport remboursés par la Sécurité Sociale et des frais d hébergement		
Le forfait s'entend par année civile et par bénéficiaire		
P : Prestations supplémentaires		
Ostéopathie , chiropractie , acupuncture , diététique , pédicurie , podologue , psychologue , sexologue Amniocentèse , Fécondation in vitro et péridurale non prise en charge par l'A.M.O (P) Densitométrie osseuse (P) Arrêt du tabac prescrit (Cigarette électronique exclue) Vaccins prescrits non pris en charge par l'A.M.O (Uniquement injections) (P) Moyens de contraception (ex : Pilule de dernière génération , préservatifs masculins , féminins .) (P)		jusqu'à 200€ ****
Le forfait s'entend par année civile et par bénéficiaire		



(P) PRÉVENTION

Services d'accompagnement en ligne accessibles depuis le portail IMA : <https://solimut.ima-sante.com> ou par téléphone au 05.49.76.98.27.

* En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale, les majorations de participation visées aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code. Pour les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€, la franchise est intégralement prise en charge.

** Assurance Maladie Obligatoire : Les taux de remboursement de l'A.M.O sont mentionnés ci-dessus à titre indicatif pour le Régime obligatoire et peuvent être modifiés par décision réglementaire. Toute modification de ces taux sera répercutée sur le remboursement total. Les taux sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite des dépenses réelles engagées. Taux en vigueur au 01/01/2019.

*** L'OPTAM ou OPTAM CO est une option pratique tarifaire maîtrisée destinée aux médecins spécialistes. Elle permet aux assurés sociaux de bénéficier d'un meilleur remboursement de la sécurité sociale et de la complémentaire santé.

**** Forfait par année civile et par bénéficiaire sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADEL ou RPPS, pour des dépenses non prises en charge par l'AMO. Montant global à répartir par prestations en fonction de vos besoins.