

CAP' TNS SANTÉ

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ADAPTÉE À VOTRE ACTIVITÉ

Artisans, commerçants, professions libérales : ce contrat **solidaire** et **responsable** se décline en 5 niveaux de garanties pour répondre aux besoins spécifiques de votre activité professionnelle... et vous permettre de vous consacrer pleinement à votre développement !



CAPTNS
AVENIR MUTUELLE

LES POINTS FORTS DE VOTRE CONTRAT

Quel que soit votre niveau de protection, vous bénéficiez de prestations remboursées à 100% d'équipements et/ou de frais médicaux déterminés dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'audio.



UN CADRE FISCAL⁽¹⁾ AVANTAGEUX

Ce contrat loi Madelin vous permet de déduire les cotisations de votre revenu imposable, ainsi que celles de votre conjoint collaborateur⁽²⁾.



LA CONSULTATION MÉDICALE À DISTANCE

Dialoguez par Internet ou téléphone avec un médecin généraliste ou spécialiste afin d'obtenir un conseil, un diagnostic et même une ordonnance.



DES PRESTATIONS DE HAUTE QUALITÉ À TARIFS NÉGOCIÉS

Accédez au réseau de partenaires de santé Kalixia : des avantages en optique, audio et dentaire.



LE FONDS D'ACTION SOCIALE

Un dispositif solidaire créé pour aider les adhérents de la mutuelle à faire face à des dépenses importantes engagées, notamment au titre de la santé.

(1) Dans la limite du plafond en vigueur.
(2) Ce dispositif s'applique au conjoint collaborateur (marié ou pacsé).

CAP' TNS SANTÉ

Choisissez votre niveau de garanties

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent les remboursements du Régime Obligatoire (sauf pour les prestations exprimées en euros ou en PMSS), et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s'entendent par assuré.

Ces niveaux de garanties sont responsables : les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Les garanties s'appliquent conformément au règlement mutualiste.

	CAP 130	CAP 160	CAP 200	CAP 300	CAP 400
HOSPITALISATION					
Frais de séjour	130%	160%	200%	300%	400%
Honoraires (actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, actes d'imagerie médicale, d'échographie, actes techniques médicaux) d'un praticien signataire des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130%	160%	200%	300%	400%
Honoraires (actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, actes d'imagerie médicale, d'échographie, actes techniques médicaux) d'un praticien non signataire des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	110%	140%	180%	200%	200%
Forfait hospitalier journalier illimité	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière/par nuitée	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
Lit d'accompagnant enfant moins de 12 ans (par nuit)	10 €	15 €	20 €	20 €	20 €
Transport remboursé par le régime obligatoire d'Assurance maladie	100%	100%	100%	100%	100%
Assistance en cas d'immobilisation ou d'hospitalisation supérieure à 24h inclus ⁽¹⁾	Garde de vos enfants ou de vos animaux, assistance à domicile, soutien scolaire...				
Prise en charge de vos frais TV inclus ⁽¹⁾	✓	✓	✓	✓	✓
Indemnités Journalières Hospitalisation (en option)*	10 € / 20 € / 30 € en option				
SOINS COURANTS					
Consultations et visites de généralistes ou spécialistes signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	130%	160%	200%	300%	400%
Consultations et visites de généralistes ou spécialistes non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	110%	140%	180%	200%	200%
Actes de chirurgie, d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie, actes techniques médicaux par un praticien signataire des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130%	160%	200%	300%	400%
Actes de chirurgie, d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie, actes techniques médicaux par un praticien non signataire des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	110%	140%	180%	200%	200%
Auxiliaires médicaux, analyses médicales	130%	160%	200%	300%	400%
PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par le régime obligatoire d'Assurance maladie : médicaments, vaccins	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE					
 Soins et prothèses 100% Santé **	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾
 Prothèses hors 100% Santé - Panier II (Tarifs maîtrisés)	130%	160%	200%	300%	400%
 Prothèses hors 100% Santé - Panier III (Tarifs libres)	130%	160%	200%	300%	400%
Soins dentaires / Inlay Onlay	130%	160%	200%	300%	400%
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire d'Assurance maladie	130%	160%	200%	300%	400%
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance maladie	-	160 €	200 €	300 €	400 €
Implantologie	-	160 €	200 €	300 €	400 €
Plafond annuel par bénéficiaire la 1 ^{ère} année	600 €	800 €	900 €	1000 €	1200 €
Plafond annuel par bénéficiaire les 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années	700 €	900 €	1000 €	1200 €	1500 €
Plafond annuel par bénéficiaire la 4 ^{ème} année et les suivantes	800 €	1000 €	1100 €	1400 €	1700 €

	CAP 130	CAP 160	CAP 200	CAP 300	CAP 400
--	---------	---------	---------	---------	---------

OPTIQUE⁽⁴⁾

100% SANTÉ Équipements 100% Santé*** (Monture + Verres - Classe A) ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾
Équipements hors 100% Santé (verres et monture de classe B, ou de classe A et B) (cf. descriptif de garanties)	Ticket modérateur ⁽⁷⁾	Ticket modérateur ⁽⁷⁾	Ticket modérateur ⁽⁷⁾	Ticket modérateur ⁽⁷⁾	Ticket modérateur ⁽⁷⁾
Montures, lentilles et verres remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie	100%	100%	100%	100%	100%
Équipement optique ⁽⁴⁾ (monture + 2 verres simples)	150 €	175 €	200 €	225 €	250 €
Équipement optique ⁽⁴⁾ (monture + 2 verres complexes, très complexes et équipement mixtes)	200 €	250 €	300 €	350 €	475 €
Dont forfait max monture	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles remboursées ou non remboursées par le régime obligatoire d'Assurance maladie y compris lentilles de vue jetables et chirurgie réfractive des yeux	100 €	100 €	150 €	200 €	250 €

AIDES AUDITIVES⁽⁶⁾

100% SANTÉ Équipement auditif 100% santé À compter du 1 ^{er} janvier 2021	Frais réels dans la limite des PLV	Frais réels dans la limite des PLV	Frais réels dans la limite des PLV	Frais réels dans la limite des PLV	Frais réels dans la limite des PLV
Autres équipements (Classe II) - A compter du 1er janvier 2021 - dans la limite de 1700 € par oreille, sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale					
Enfant (-20 ans) (TM compris)	860 €	860 €	860 €	860 €	860 €
Adulte (TM compris)	280 €	400 €	560 €	960 €	1 360 €
Accessoires	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

AUTRE APPAREILLAGE

Petit et Grand appareillage, accessoires, orthopédie	130%	160%	200%	300%	400%
Plafond annuel par bénéficiaire	-	500 €	600 €	700 €	800 €

BIEN-ÊTRE

Ostéopathie, chiropractie, homéopathie, étio-pathie, acupuncture, pédicure, podologue, parodontologie	40 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire	75 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
Frais de cure thermale acceptée par le Régime Obligatoire d'Assurance maladie	100%	100%	100%	100%	100%

MATERNITÉ

Fécondation In Vitro, amniocentèse, moyens de contraception, pérurale non remboursée par la Sécurité sociale	40 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire	75 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
--	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------

PRÉVENTION

Vaccins non remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie, densitométrie osseuse, sevrage tabagique, préservatifs masculins et féminins, pédicure, podologue, parodontologie, actes contrat responsable ⁽⁹⁾	40 €/an/bénéficiaire	50 €/an/bénéficiaire	75 €/an/bénéficiaire	100 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire
---	----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------

OBSÈQUES

Frais funéraires	200 €	300 €	500 €	700 €	1000 €
Exonération des cotisations au conjoint survivant en cas de décès	✓	✓	✓	✓	✓
Prise en charge des frais de transfert, rapatriement de corps ou urne	✓	✓	✓	✓	✓
Accompagnement obsèques (enregistrement des volontés qui sera communiqué sur demande aux proches lors d'un décès ou des conseils relatifs à l'organisation des obsèques)	✓	✓	✓	✓	✓

AUTRES AVANTAGES

Téléconsultation avec Medecin Direct	✓	✓	✓	✓	✓
Tiers payant	✓	✓	✓	✓	✓
Réseaux de soins KALIXIA	Bénéficiaire de réductions tarifaires chez nos opticiens et audioprothésiste référencés Kalixia				
Assistance santé ⁽¹⁾ Vie quotidienne 24h/24 & 7j/7	✓	✓	✓	✓	✓
Fonds d'actions sociale	✓	✓	✓	✓	✓

EN OPTIONS

Capital Blessure et/ou brûlure*	Jusqu'à 1100 € de capital versé en cas de blessure ou brûlure				
Individuel Accident*	Jusqu'à 15 000 € de capital versé en cas d'incapacité ou d'invalidité permanente ou de décès				
Talis surcomplémentaire*	Bénéficiaire de remboursements supplémentaires en hospitalisation, optique, dentaire, médicaments, confort et bien-être.				

ET PLUS ENCORE !



Des garanties d'assistance* complètes :

- Prise en charge de l'hospitalisation à domicile,
- Garde des enfants ou des personnes dépendantes à charge,
- Avance des frais médicaux à l'étranger,
- Assistance obsèques...



Des remboursements supplémentaires et adaptés à vos besoins :

- Vaccins non remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie,
- Aide à l'arrêt du tabac,
- Forfait pédicure et podologue,
- Forfait médecines alternatives : acupuncture, ostéopathie, chiropraxie, homéopathie.



Un soutien pour votre famille en cas de décès

- De 200 à 1 000 € pour les frais funéraires,
- Exonération des cotisations pour les bénéficiaires survivants.



Avenir Mutuelle à vos côtés

Des conseils personnalisés pour optimiser votre protection sociale.

VOS COTISATIONS RÉDUCTION pour votre conjoint, s'il souscrit avec vous GRATUITE à partir du 3^{ème} enfant

Consultez nos exemples de remboursement (Cf. annexe)

*Garantie assurée par RMA, Ressources mutuelle Assistance 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou Cedex. Voir Notice d'information du contrat d'assistance.

Concrètement, qu'est-ce que j'y gagne ?

Mise en place progressivement jusqu'en 2021, la réforme reste à charge (RAC) zéro vous offre un double avantage :

- 1. Le remboursement à 100%** des équipements et/ou frais médicaux déterminés dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'audio.
- 2. Pour le reste, le choix parmi plusieurs « paniers ou offres de soins »** à tarifs maîtrisés ou libres.

Quels frais ou équipements 100% SANTÉ, 100% REMBOURSÉS ?



OPTIQUE

Au 1^{er} janvier 2020

- Verres toutes corrections..... 32,50 € à 170 €/verre selon la correction
- Options incluses Amincissement, anti-reflets, anti-rayures
- Montures 30 € maximum

Renouvellement tous les 2 ans



DENTAIRE

Au 1^{er} janvier 2020

- Couronnes..... 290 € à 500 € selon le type de couronne
- Bridges..... 870 € à 1465 € selon le type de bridge

Au 1^{er} janvier 2021

- Prothèses amovibles



AUDIO

Au 1^{er} janvier 2021

- Aides auditives enfants 1 400 € maximum/oreille
- Aides auditives adultes..... 950 € maximum/oreille
- Avec 12 canaux de réglage
- Au moins 3 options incluses : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie $\geq 6\ 000$ Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.

Renouvellement tous les 4 ans

* Garantie accessoire vendue en option à la garantie santé. Voir détails et conditions dans le règlement mutualiste ou la notice d'information.

** Tels que définis réglementairement.

*** Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'Assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

- (1) Prestations assurées par RMA, Ressources Mutuelle Assistance, 46 rue du Moulin, BP 62127, 44121 VERTOU CEDEX. Voir la notice d'information spécifique pour connaître les modalités et les détails des prestations accordées.
- (2) Limité à 12 séances par an par bénéficiaire pour les consultations et visites de psychiatres et neuropsychiatres.
- (3) Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF).
- (4) la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (sous réserve de présentation de la prescription médicale ou de la prescription initiale avec mentions de l'opticien). les périodes de renouvellement des équipements s'apprécient à la date d'acquisition de l'équipement, entendue comme la date de facturation.
- (5) La prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différente et le supplément pour les verres avec filtre sont des prestations comprises dans la garantie «100% Santé».
- (6) Frais réels dans la limite des prix limites de vente (PLV).
- (7) Au delà du plafond, les remboursements incluent systématiquement la prise en charge du ticket modérateur.
- (8) Les aides auditives «100% Santé», telles que définies réglementairement sont prises en charge par les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2021. Leur renouvellement ne peut intervenir avant une période de quatre ans suivant l'acquisition de l'aide. l'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive, à l'issue de sa période d'essai.
- (9) Voir la liste définie par le décret.

Le présent descriptif de garanties complète les prestations décrites dans le tableau de garanties. Elles incluent le remboursement des régimes obligatoires français d'Assurance maladie (sauf pour certains montants exprimés en euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par Avenir Mutuelle.

Les garanties prennent en compte le dispositif des "contrats responsables" modifié par l'article 51 de la Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 et son décret d'application n°2019-21 du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Pour tous les actes non conventionnés, le remboursement est limité au paiement du ticket modérateur calculé sur la base du tarif d'autorité. En cas d'hospitalisation, pour les cliniques et hôpitaux non conventionnés, la participation est limitée au paiement du forfait hospitalier et de la chambre particulière. Le forfait hospitalier est pris en charge dans sa totalité par la mutuelle, pour une durée illimitée, dans les conditions définies ci-après.

Hospitalisation

Pour les frais de séjour, prise en charge en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés.

Le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé est pris en charge dans sa totalité par la mutuelle pour une durée illimitée.

La chambre particulière est prise en charge à hauteur du montant indiqué au tableau de garanties pour une durée par an et par bénéficiaire de 60 jours et de 40 jours en psychiatrie.

La nuitée s'entend pour un séjour comportant au moins une nuit de 22h00 à 6h00.

Le lit de l'accompagnant est pris en charge pour une durée de 30 jours par an* et par bénéficiaire. Uniquement sur facture de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans.

Les forfaits d'accueil, les dépenses à caractère personnel et les divers suppléments facturés par les hôpitaux ou cliniques (forfait hôtelier, téléphone, journal, ...) ne font l'objet d'aucun remboursement, sauf dispositions particulières précisées aux garanties.

Ne sont pas assimilés aux prises en charge d'hospitalisation médicale et/ou chirurgicale les frais découlant :

- de moyens et longs séjours,
- de séjours en maison de retraite,
- de frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées ainsi que ceux liés au placement en établissements et services sociaux et médicaux-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

A ces exclusions communes, s'ajoutent les exclusions prévues au tableau des garanties.

Actes médicaux

Les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont prises en charge à 100% du tarif de convention.

Dentaire

Pour l'orthodontie refusée, un montant par semestre* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. Sur la base du refus du régime obligatoire d'Assurance maladie, la participation de la mutuelle s'effectue au regard d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix du traitement.

Pour l'implantologie, le montant par an* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. Notre remboursement s'effectue sur la base du refus du régime obligatoire d'Assurance maladie et d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque implant.

Le plafond annuel* s'applique aux prothèses dentaires non remboursées, à l'orthodontie et à l'implantologie.

Optique

Prise en charge de l'équipement optique (1 monture + 2 verres) limitée à **un renouvellement** :

- par période de 2 ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus;
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Les périodes de renouvellement de deux ans qui s'appliquent aux assurés de 16 ans et plus sont réduites en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (renouvellement annuel), et dans les conditions fixées par la Liste des Produits et Prestations. La période d'un an n'est pas opposable aux assurés de moins de 16 ans, dans les mêmes conditions que celles fixées ci-dessus.

Aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement (glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA, opération de la cataracte datant de moins d'un an...).

Les périodes de renouvellement s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement, entendue comme la date de la dernière facturation de l'équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire.

La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à **100 €**. Pour les lentilles jetables, la facture acquittée doit préciser leur nomenclature exacte et être accompagnée de la prescription médicale.

Équipement verres simples : Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dans la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.

Équipement verres complexes : Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur ou égal à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dans la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.

Équipement verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Aides auditives

Aides auditives de Classe I (100% Santé) : Prise en charge à hauteur des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés (PLV).

Aides auditives de Classe II : Prise en charge maximum de 1.700 € par aide auditive (incluant la part prise en charge par la Sécurité sociale et le ticket modérateur).

La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de l'appareil, entendue comme la date de facturation¹.

Autres prestations

Les montants s'entendent **par an* et par bénéficiaire sur justificatif**, avec ou sans participation du régime obligatoire d'Assurance maladie.

Les actes d'acupuncture, de podologue, d'ostéopathie et de chiropractie doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

Toute demande de remboursement des consultations «Prévention et Médecines douces» est conditionnée à l'enregistrement du praticien auprès de l'ARS (Agence Régionale de Santé) du département d'exercice ou dans le répertoire ADELI.

Actes médicaux féminins

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire. Les actes doivent être médicalement prescrits, sur justificatif, avec ou sans participation du régime obligatoire d'Assurance maladie. La contraception couvre les moyens suivants : le stérilet, les pilules, le patch.

Prévention

La mutuelle, dans le cadre des contrats responsables, prend en charge le remboursement d'au moins deux actes de prévention mentionnés dans la liste officielle des actes de prévention établie selon l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Assistance

Dans les moments difficiles de la vie : accident, maladie, décès... pouvoir compter sur sa mutuelle est essentiel. Avenir Mutuelle, véritable partenaire de vie, vous accompagne pour surmonter les difficultés liées à ces événements.

En voyage ou en déplacement à plus de 50 km de chez vous, l'assistance est incluse*

- Rapatriement vers une structure médicale proche de votre domicile
- Transport d'un proche à votre chevet si vous êtes hospitalisé plus de 5 jours
- Frais médicaux et d'hospitalisation couverts à l'étranger
- Assistance psychologique...

Vous êtes immobilisé à domicile ou hospitalisé depuis plus de 24 heures :

- Garde de vos enfants, conduite à l'école
- Aide-ménagère si vous êtes hospitalisé
- Garde de vos animaux domestiques
- Cours à domicile...
- Remboursement de vos frais de Télévision

Prestations assurées par RMA, Ressources Mutuelle Assistance, 46 rue du Moulin, BP 62127, 44121 VERTOU CEDEX.

Voir la notice d'information spécifique pour connaître les modalités et les détails des prestations accordées.

Lexique (voir notice d'information)

Les pourcentages indiqués dans le tableau des garanties sont appliqués aux tarifs fixés par les régimes obligatoires d'Assurance maladie en vigueur : BR = base de remboursement, TC= tarif de convention, TR = tarif de responsabilité, TFR = tarif forfaitaire de responsabilité, RO = régime obligatoire d'Assurance maladie, PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Toute évolution des règles de remboursement des régimes obligatoires français d'Assurance maladie (CCAM, tarification à l'activité, baisse

de remboursement) pourra entraîner des modifications des prestations de la mutuelle.

*** Limite des garanties**

La limite annuelle, pour toutes les prestations, à l'exception des prestations optiques et des aides auditives, s'entend par année civile, c'est-à-dire la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre de chaque année ou lors de la primo adhésion entre la date de prise d'effet de la garantie et le 31 décembre de l'année.

¹ Pour les contrats conclus ou renouvelés à compter du 1er janvier 2021.

ANNEXE : Montant minimaux et maximaux de prise en charge des équipements d'optique (verres et monture) lorsque le contrat prévoit une couverture en optique en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements composés d'une monture ou de verres autres que 100% Santé.

Cas	Verres
a	Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries Par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries Par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère+cylindre » est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
b	Par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c
c	Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries Par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries Par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie Par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère+cylindre » est supérieure à 6,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et +4,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est inférieure ou égale à +8,00 dioptries.
d	Par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f
e	Par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f
f	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est supérieure à 8,00 dioptries.

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AVENIR MUTUELLE- Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, immatriculée en France sous le numéro SIREN 302 976 592

Produit : CAP TNS (CAP 130)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du Règlement Général (contrat). Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans le Règlement Général et le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette complémentaire santé est destinée à assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent ou des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou de maternité en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds et peuvent varier en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans le tableau des garanties.

HOSPITALISATION

- ✓ Frais de séjour
- ✓ Transport accepté par le régime obligatoire d'Assurance maladie
- ✓ Honoraires chirurgicaux et médicaux
- ✓ Honoraires actes d'imagerie médicale d'échographie techniques médicaux
- ✓ Forfait journalier hospitalier illimité
- ✓ Chambre particulière/nuitée
- ✓ Lit d'accompagnant enfants moins de 12 ans
- ✓ Location télévision

ACTES MEDICAUX ET PHARMACIE

- ✓ Consultations de médecins généralistes ou spécialistes
- ✓ Pharmacie
- ✓ Auxiliaires médicaux/Analyses médicales
- ✓ Actes de chirurgie, d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie, actes techniques médicaux

DENTAIRE

- ✓ Soins dentaires/Inlay Onlay
- ✓ Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire d'Assurance maladie
- ✓ Inlay Core

OPTIQUE

- ✓ Montures
- ✓ Verres simples ou complexes
- ✓ Lentilles de contact

ORTHOPEDIE - APPAREILLAGE - PROTHESES

- ✓ Accessoires
- ✓ Orthopédie
- ✓ Prothèses auditives
- ✓ Petit et grand appareillage

CURE THERMALE

- ✓ Frais de cure remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie

BIEN ETRE

- ✓ Acupuncture, ostéopathie, chiropractie, homéopathie, étiothérapie

ACTES MEDICAUX FEMININS

- ✓ Fécondation In Vitro, amniocentèse, moyens de contraception, péridurale non remboursée par la Sécurité sociale

PREVENTION

- ✓ Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ Densitométrie osseuse
- ✓ Sevrage tabagique
- ✓ Préservatifs féminins et masculins
- ✓ Pédicure
- ✓ Podologue
- ✓ Parodontologie

FRAIS FUNERAIRES

- ✓ Montant de 200€



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet des garanties
- ✗ L'indemnisation versée en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire)
- ✗ Les soins des unités ou centres de soins longue durée et des établissements médico-sociaux (EHPAD, ME.)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions légales conformes au contrat responsable :

Les exclusions relatives aux « contrats responsables » :

- ! Les franchises (boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires)
- ! La participation forfaitaire de 1€
- ! Les minorations de remboursement dues au non-respect du parcours de soins
- ! Les forfaits d'accueil, les dépenses à caractère personnel et les divers suppléments facturés par les hôpitaux ou cliniques (forfait hôtelier, téléphone, journal, etc.) ne font l'objet d'aucun remboursement, sauf dispositions particulières précisées aux garanties

Ne sont pas assimilés aux prises en charge d'hospitalisation médicale et/ou chirurgicale les frais découlant :

- de moyens et longs séjours,
- de séjours en maison de retraite,
- de frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées ainsi que ceux liés au placement en établissements et services sociaux et médicaux-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles

Les principales restrictions de votre contrat :

- ! Chambre particulière : remboursement limité à 60 jours et 40 jours en psychiatrie
- ! Le lit de l'accompagnant est limité à 30 jours par an et par bénéficiaire en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans

EXONERATION EN CAS DE DECES

SERVICES

- ✓ Assistance par Ressources Mutuelles Assistance
- ✓ Réseau de soins KALIVIA

GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ Indemnités Journalières hospitalisation
- ✓ Garantie Accidents de la Vie Pérénity

Les garanties précédées d'une coche ✓ signifient qu'elles sont systématiquement prévues au Règlement Général (contrat).



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger sous réserve de la prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance maladie français
- ✓ Dans le cas où les soins ont été effectués à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'Assurance maladie obligatoire français, sur présentation de la copie des factures acquittées



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

L'ensemble des obligations est prévu au Règlement Général. Vos principales obligations sont :

• A l'adhésion

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion
- Fournir une pièce d'identité et la copie de l'attestation de la carte vitale pour chaque personne bénéficiaire
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation demandée

• En cours de garantie

- Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue au Règlement Général
- Informer la Mutuelle de tout changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de changement de la situation familiale et de changement de régime obligatoire d'Assurance maladie conformément aux délais prévus au Règlement Général.

• Pour le versement des prestations

- Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées.
- La demande de remboursement doit parvenir à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance.

Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation due pour l'ensemble des assurés mentionnés au bulletin d'adhésion.

A défaut de réception de l'ensemble des pièces justificatives la date d'effet est reportée au premier jour du mois civil suivant la réception de la dernière pièce justificative.

Un délai de rétractation de 14 jours est ouvert à compter de la signature de ce bulletin si l'adhésion a été réalisée à distance ou par démarchage à domicile. Les modalités d'exercice du droit de rétractation sont détaillées dans le Règlement Général (contrat).

La couverture est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an sauf cas particulier prévu au Règlement Général et en cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations dans les conditions prévues au Règlement Général.



Comment puis-je résilier l'adhésion au Règlement Général ?

L'adhérent peut mettre fin à sa garantie :

- A chaque échéance annuelle, soit le 31 décembre, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant cette date ;
- A tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de la garantie, selon les modalités fixées au Règlement.

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AVENIR MUTUELLE- Mutuelle régie par le livre du Code de la mutualité immatriculée en France sous le numéro S REN 302 976 592

Produit : CAP TNS (CAP 160 CAP 200 CAP 300 CAP 400)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du Règlement Général (contrat). Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans le Règlement Général et le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette complémentaire santé est destinée à assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent ou des éventuels bénéficiaires en cas de maladie d'accident ou de maternité en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds et peuvent varier en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans le tableau des garanties.

HOSPITALISATION

- ✓ Frais de séjour
- ✓ Transport accepté par le régime obligatoire d'Assurance maladie
- ✓ Honoraires chirurgicaux et médicaux
- ✓ Honoraires actes d'imagerie médicale d'échographie techniques médicaux
- ✓ Forfait journalier hospitalier illimité
- ✓ Chambre particulière/nuitée
- ✓ Lit d'accompagnant enfants moins de 12 ans
- ✓ Location télévision

ACTES MEDICAUX ET PHARMACIE

- ✓ Consultations de médecins généralistes ou spécialistes
- ✓ Pharmacie
- ✓ Auxiliaires médicaux/Analyses médicales
- ✓ Actes de chirurgie d'imagerie médicale d'échographie d'obstétrique d'anesthésie actes techniques médicaux

DENTAIRE

- ✓ Soins dentaires/ nlay Onlay
- ✓ Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire d'Assurance maladie
- ✓ Implantologie
- ✓ Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance maladie
- ✓ Inlay Core

OPTIQUE

- ✓ Montures
- ✓ Verres simples ou complexes
- ✓ Lentilles de contact

ORTHOPEDIE - APPAREILLAGE - PROTHESES

- ✓ Accessoires
- ✓ Orthopédie
- ✓ Prothèses auditives
- ✓ Petit et grand appareillage

CURE THERMALE

- ✓ Frais de cure remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie

BIEN ETRE

- ✓ Acupuncture ostéopathie chiropractie homéopathie étiothérapie

ACTES MEDICAUX FEMININS

- ✓ Fécondation in Vitro amniocentèse moyens de contraception péridurale non remboursée par la Sécurité sociale

PREVENTION

- ✓ Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ Densitométrie osseuse
- ✓ Sevrage tabagique
- ✓ Préservatifs féminins et masculins
- ✓ Pédicure
- ✓ Podologue
- ✓ Parodontologie



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus avant la date d'effet des garanties
- ✗ L'indemnisation versée en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire)
- ✗ Les soins des unités ou centres de soins longue durée et des établissements médico-sociaux (EHPAD ME.)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions légales conformes au contrat responsable :

Les exclusions relatives aux « contrats responsables » :

- ! Les franchises (boîtes de médicaments actes paramédicaux et transports sanitaires)
La participation forfaitaire de 1€
- ! Les minorations de remboursement dues au non-respect du parcours de soins
- ! Les forfaits d'accueil les dépenses à caractère personnel et les divers suppléments facturés par les hôpitaux ou cliniques (forfait h telier téléphone etc.) ne font l'objet d'aucun remboursement sauf dispositions particulières précisées aux garanties

Ne sont pas assimilés aux prises en charge d'hospitalisation médicale et/ou chirurgicale les frais découlant :

- de moyens et longs séjours
- de séjours en maison de retraite
- de frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées ainsi que ceux liés au placement en établissements et services sociaux et médicaux-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles

Les principales restrictions de votre contrat :

- ! Chambre particulière : remboursement limité à 60 jours et 40 jours en psychiatrie.
- ! Le lit de l'accompagnant est limité à 30 jours par an et par bénéficiaire en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans

FRAIS FUNERAIRES

- ✓ Montant de 300€ à 1000€

EXONERATION EN CAS DE DECES

SERVICES

- ✓ Assistance par Ressources Mutuelles Assistance
- ✓ Réseau de soins KAL V A

GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ Indemnités Journalières hospitalisation
- ✓ Garantie Accidents de la Vie Pérényty

Les garanties précédées d'une coche ✓ signifient qu'elles sont systématiquement prévues au Règlement Général (contrat).



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger sous réserve de la prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance maladie français
- ✓ Dans le cas où les soins ont été effectués à l'étranger le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'Assurance maladie obligatoire français sur présentation de la copie des factures acquittées



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

L'ensemble des obligations est prévu au Règlement Général. Vos principales obligations sont :

• A l'adhésion

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion
- Fournir une pièce d'identité et la copie de l'attestation de la carte vitale pour chaque personne bénéficiaire
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation demandée

• En cours de garantie

- Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue au Règlement Général
- Informer la Mutuelle de tout changement d'adresse de coordonnées bancaires de changement de la situation familiale et de changement de régime obligatoire d'Assurance maladie conformément aux délais prévus au Règlement Général.

• Pour le versement des prestations

- Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées.
- La demande de remboursement doit parvenir à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance.

Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation due pour l'ensemble des assurés mentionnés au bulletin d'adhésion.

A défaut de réception de l'ensemble des pièces justificatives la date d'effet est reportée au premier jour du mois civil suivant la réception de la dernière pièce justificative.

Un délai de rétractation de 14 jours est ouvert à compter de la signature de ce bulletin si l'adhésion a été réalisée à distance ou par démarchage à domicile. Les modalités d'exercice du droit de rétractation sont détaillées dans le Règlement Général (contrat).

La couverture est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an sauf cas particulier prévu au Règlement Général et en cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations dans les conditions prévues au Règlement Général.



Comment puis-je résilier l'adhésion au Règlement Général ?

L'adhérent peut mettre fin à sa garantie :

- A chaque échéance annuelle, soit le 31 décembre, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant cette date ;
- A tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de la garantie, selon les modalités fixées au Règlement.

Exemple (sans valeur contractuelle)	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	81,51 €	1,79 €		Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	27,17 €	132,13 €		Prix moyen national de l'acte
Optique						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	149,91 €	195,00 €		Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires	538,70 €	84,00 €	72,00 € *	382,70 €	*Dans la limite des plafonds dentaires	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo- métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	64,50 € *	398,95 €	*Dans la limite des plafonds dentaires	Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* supérieur à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* inférieur ou égal à 20 ans	1 400,00 €	840,00 €	560,00 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille supérieur à 20 ans	1 700,00 €	240,00 €	280,00 €	1 180,00 €		Prix moyen national de l'acte
Aide auditive de classe II par oreille inférieur ou égal à 20 ans	1 700,00 €	840,00 €	860,00 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	16,50 €	14,00 €	13,50 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	9,00 €	31,90 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire

CAP 160

Exemple (sans valeur contractuelle)	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	108,68 €	50,62 €		Prix moyen national de l'acte
Optique						
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	174,91 €	170,00 €		Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	108,00 €*	346,70 €	*Dans la limite des plafonds dentaires	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo- métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	96,75 €*	366,70 €	*Dans la limite des plafonds dentaires	Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* supérieur à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* inférieur ou égal à 20 ans	1 400,00 €	840,00 €	560,00 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille supérieur à 20 ans	1 700,00 €	240,00 €	400,00 €	1 060,00 €		Prix moyen national de l'acte
Aide auditive de classe II par oreille inférieur ou égal à 20 ans	1 700,00 €	840,00 €	860,00 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	16,50 €	21,50 €	6,00 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	16,50 €	24,40 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire

CAP 200

Exemple (sans valeur contractuelle)	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	159,30 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Optique						
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	199,91 €	145,00 €		Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	156,00 €*	298,70 €	*Dans la limite des plafonds dentaires	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo- métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	139,75 €*	323,70 €	*Dans la limite des plafonds dentaires	Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* supérieur à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* inférieur ou égal à 20 ans	1 400,00 €	840,00 €	560,00 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille supérieur à 20 ans	1 700,00 €	240,00 €	560,00 €	900,00 €		Prix moyen national de l'acte
Aide auditive de classe II par oreille inférieur ou égal à 20 ans	1 700,00 €	840,00 €	860,00 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	16,50 €	26,50 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	26,50 €	14,40 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire

Exemple (sans valeur contractuelle)	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	159,30 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Optique						
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	224,91 €	120,00 €		Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	276,00 €*	178,70 €	*Dans la limite des plafonds dentaires	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo- métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	247,25 €*	216,20 €	*Dans la limite des plafonds dentaires	Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* supérieur à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* inférieur ou égal à 20 ans	1 400,00 €	840,00 €	560,00 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille supérieur à 20 ans	1 700,00 €	240,00 €	960,00 €	500,00 €		Prix moyen national de l'acte
Aide auditive de classe II par oreille inférieur ou égal à 20 ans	1 700,00 €	840,00 €	860,00 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	16,50 €	26,50 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	31,50 €	9,40 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire

CAP 400

Exemple (sans valeur contractuelle)	Prix moyen pratique ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0 €	20,00 €	0 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	159,30 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Optique						
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0 €		Prix limite de vente
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	249,91 €	95,00 €		Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	396,00 €*	58,70 €	*Dans la limite des plafonds dentaires	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo- métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	354,75 €*	108,70 €	*Dans la limite des plafonds dentaires	Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* supérieur à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* inférieur ou égal à 20 ans	1 400,00 €	840,00 €	560,00 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille supérieur à 20 ans	1 700,00 €	240,00 €	1 360,00 €	100,00 €		Prix moyen national de l'acte
Aide auditive de classe II par oreille inférieur ou égal à 20 ans	1 700,00 €	840,00 €	860,00 €	0 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	16,50 €	26,50 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	31,50 €	9,40 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire