

# PRESTATIONS 2020 FRANCE MUTUELLE - contrat AFD 1

Garantie exprimée dans la limite des frais réellement engagés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, excepté pour les prestations exprimées en euros, en PMSS ou en frais réels. Sauf mentions contraires, les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale ne donnent pas lieu à remboursement.

Délivrées dans les limites fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et par ses décrets d'application.

Remboursement  
Sécurité sociale + Mutuelle

SOINS COURANTS	AFD1
<b>Honoraires médicaux</b>	
Généraliste - DPTM <sup>(1)</sup>	100%
Généraliste - hors DPTM	100%
Spécialiste - DPTM <sup>(1)</sup>	100%
Spécialiste - hors DPTM	100%
Actes d'imagerie et d'échographie - DPTM <sup>(1)</sup>	170%
Actes d'imagerie et d'échographie - hors DPTM	150%
Actes techniques médicaux - DPTM <sup>(1)</sup>	100%
Actes techniques médicaux - hors DPTM	100%
<b>Médicaments</b>	100%
Médicaments, homéopathie non pris en charge par la Sécurité sociale, avec ou sans prescription <sup>(2)</sup>	-
Sevrage tabagique non pris en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	-
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	100%
<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup>	Sécurité sociale + 200 € (min 100%)
<b>Frais de transport</b>	100%
<b>Soins à l'étranger</b>	Sécurité sociale + 25% (min 100%)
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>Honoraires</b>	
Chirurgien et anesthésiste - DPTM <sup>(1)</sup>	200%
Chirurgien et anesthésiste - hors DPTM	180%
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros	24 €
<b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(3)</sup>	100% Frais réels
<b>Frais de séjour</b>	200%
<b>Chambre particulière - par jour, 60 jours par an (7 en maternité et 30 en psychiatrie)</b>	40 €
<b>Lit d'accompagnant - enfant âgé de moins de 12 ans, par jour, 30 jours par an</b>	30 €
<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins et prothèses 100% santé</b> * <sup>(4)</sup>	Sans reste à charge
<b>Soins (paniers à tarifs libres ou maîtrisés)</b> *	125%
<b>Orthodontie</b> *	250%
<b>Prothèses (paniers à tarifs libres ou maîtrisés), y compris Inlay / Onlay</b> *	200%
<b>Non pris en charge par la Sécurité sociale - implantologie et parodontologie</b> * <sup>(2)</sup>	-
<b>* Plafond annuel dentaire (au-delà, remboursement du seul ticket modérateur)</b>	1 000 €
<b>OPTIQUE</b>	
<b>Equipements 100% santé</b> <sup>(4)</sup>	Sans reste à charge
<b>Monture et verres</b> <sup>(5)</sup>	
Monture	90 €
Deux verres simples	100 €
Un verre simple + un verre complexe	150 €
Deux verres complexes	150 €
Suppléments et prestations optiques	Sans reste à charge
<b>Lentilles</b>	
prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	100% + 110 €
non prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	110 €
<b>Chirurgie réfractive - non prise en charge par la Sécurité sociale</b> <sup>(2)</sup>	150 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
<b>Equipements 100% santé à partir de l'application du dispositif en 2021</b> <sup>(4)</sup>	Sans reste à charge
<b>Audio-prothèse par oreille, tous les 4 ans</b>	Sécurité sociale + 100 € (min 100%)
<b>CURES</b>	
<b>Cure thermale</b> <sup>(2)</sup>	250 €
<b>PREVENTION</b>	
<b>Non prise en charge par la Sécurité sociale</b>	
Ostéopathie, chiropraxie, étio-pathie, acupuncture - par séance, 6 séances par an <sup>(6)</sup>	30 €
Vaccins <sup>(2)</sup>	-
<b>Assistance</b> <sup>(7)</sup>	Incluse
<b>Téléconsultation médicale</b>	Incluse
<b>PARTICIPATIONS</b>	
<b>Allocation forfaitaire maternité par enfant, si conjointe ou bénéficiaire inscrite</b>	250 €

(1) Le DPTM (dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) regroupe l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Ce dispositif signé entre l'Assurance maladie et des médecins engage à une limitation des dépassements d'honoraires et à une amélioration du remboursement par la Sécurité sociale et par la mutuelle. Pour savoir si votre médecin a pris part à ce dispositif, connectez-vous sur le site <http://annuaire.sante.ameli.fr>

(2) Montant maximum par année civile (du 1er janvier au 31 décembre).

(3) Le forfait journalier n'est pas pris en charge au sein des établissements médico-sociaux.

(4) tels que définis réglementairement. Le 100% Santé vous permet de bénéficier d'un panier de soins sans reste à charge, après remboursement de l'Assurance maladie et de la mutuelle. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ce panier, les remboursements se feront selon le niveau de garantie choisi à la ou aux ligne(s) suivante(s).

(5) Les montants de remboursements couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'une monture. Ils incluent la participation de l'Assurance maladie. Le délai entre deux prises en charge peut être réduit dans les conditions définies dans le règlement mutualiste ou la notice d'information. Verres simples : verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et -0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal +4,00 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est inférieure ou égale à 6,00. Verres complexes : tous les autres verres.

(6) Pour la chiropraxie et l'ostéopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par des praticiens ou sages-femmes inscrits au fichier ADELI. Pour l'acupuncture, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens reconnus en tant que médecins, selon l'article L.4111-1 du Code de la Santé publique. Pour l'étiopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens inscrits au Registre National des Etiopathes (RNE).

(7) Voir conditions de la fiche d'information ou la notice d'information relative au contrat et remise lors de l'adhésion. Ce document est également disponible sur simple demande.

# PRESTATIONS 2020 FRANCE MUTUELLE - contrat AFD 2

Garantie exprimée dans la limite des frais réellement engagés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, excepté pour les prestations exprimées en euros, en PMSS ou en frais réels. Sauf mentions contraires, les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale ne donnent pas lieu à remboursement.

Délivrées dans les limites fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et par ses décrets d'application.

Remboursement  
Sécurité sociale + Mutuelle

SOINS COURANTS	AFD2
<b>Honoraires médicaux</b>	
Généraliste - DPTM <sup>(1)</sup>	180%
Généraliste - hors DPTM	160%
Spécialiste - DPTM <sup>(1)</sup>	220%
Spécialiste - hors DPTM	200%
Actes d'imagerie et d'échographie - DPTM <sup>(1)</sup>	250%
Actes d'imagerie et d'échographie - hors DPTM	200%
Actes techniques médicaux - DPTM <sup>(1)</sup>	170%
Actes techniques médicaux - hors DPTM	150%
<b>Médicaments</b>	100%
Médicaments, homéopathie non pris en charge par la Sécurité sociale, avec ou sans prescription <sup>(2)</sup>	40 €
Sevrage tabagique non pris en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	100 €
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	140%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	140%
<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup>	Sécurité sociale + 300 € (min 100%)
<b>Frais de transport</b>	100%
<b>Soins à l'étranger</b>	Sécurité sociale + 25% (min 100%)
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>Honoraires</b>	
Chirurgien et anesthésiste - DPTM <sup>(1)</sup>	280%
Chirurgien et anesthésiste - hors DPTM	200%
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros	24 €
<b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(3)</sup>	100% Frais réels
<b>Frais de séjour</b>	250%
<b>Chambre particulière - par jour, 60 jours par an (7 en maternité et 30 en psychiatrie)</b>	60 €
<b>Lit d'accompagnant - enfant âgé de moins de 12 ans, par jour, 30 jours par an</b>	40 €
<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins et prothèses 100% santé</b> * <sup>(4)</sup>	Sans reste à charge
<b>Soins (paniers à tarifs libres ou maîtrisés)</b> *	225%
<b>Orthodontie</b> *	350%
<b>Prothèses (paniers à tarifs libres ou maîtrisés), y compris Inlay / Onlay</b> *	250%
<b>Non pris en charge par la Sécurité sociale - implantologie et parodontologie</b> * <sup>(2)</sup>	450 €
<b>* Plafond annuel dentaire (au-delà, remboursement du seul ticket modérateur)</b>	1 500 €
<b>OPTIQUE</b>	
<b>Equipements 100% santé</b> <sup>(4)</sup>	Sans reste à charge
<b>Monture et verres</b> <sup>(5)</sup>	
Monture	100 €
Deux verres simples	200 €
Un verre simple + un verre complexe	250 €
Deux verres complexes	250 €
Suppléments et prestations optiques	Sans reste à charge
<b>Lentilles</b>	
prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	100% + 200 €
non prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	200 €
<b>Chirurgie réfractive - non prise en charge par la Sécurité sociale</b> <sup>(2)</sup>	250 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
<b>Equipements 100% santé à partir de l'application du dispositif en 2021</b> <sup>(4)</sup>	Sans reste à charge
<b>Audio-prothèse par oreille, tous les 4 ans</b>	Sécurité sociale + 150 € (min 100%)
<b>CURES</b>	
<b>Cure thermale</b> <sup>(2)</sup>	350 €
<b>PREVENTION</b>	
<b>Non prise en charge par la Sécurité sociale</b>	
Ostéopathie, chiropraxie, étio-pathie, acupuncture - par séance, 6 séances par an <sup>(6)</sup>	40 €
Vaccins <sup>(2)</sup>	75 €
<b>Assistance</b> <sup>(7)</sup>	Incluse
<b>Téléconsultation médicale</b>	Incluse
<b>PARTICIPATIONS</b>	
<b>Allocation forfaitaire maternité par enfant, si conjointe ou bénéficiaire inscrite</b>	500 €

(1) Le DPTM (dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) regroupe l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Ce dispositif signé entre l'Assurance maladie et des médecins engage à une limitation des dépassements d'honoraires et à une amélioration du remboursement par la Sécurité sociale et par la mutuelle. Pour savoir si votre médecin a pris part à ce dispositif, connectez-vous sur le site <http://annuaire.sante.ameli.fr>

(2) Montant maximum par année civile (du 1er janvier au 31 décembre).

(3) Le forfait journalier n'est pas pris en charge au sein des établissements médico-sociaux.

(4) tels que définis réglementairement. Le 100% Santé vous permet de bénéficier d'un panier de soins sans reste à charge, après remboursement de l'Assurance maladie et de la mutuelle. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ce panier, les remboursements se feront selon le niveau de garantie choisi à la ou aux ligne(s) suivante(s).

(5) Les montants de remboursements couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'une monture. Ils incluent la participation de l'Assurance maladie. Le délai entre deux prises en charge peut être réduit dans les conditions définies dans le règlement mutualiste ou la notice d'information. Verres simples : verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et -0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal +4,00 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est inférieure ou égale à 6,00. Verres complexes : tous les autres verres.

(6) Pour la chiropraxie et l'ostéopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par des praticiens ou sages-femmes inscrits au fichier ADELI. Pour l'acupuncture, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens reconnus en tant que médecins, selon l'article L.4111-1 du Code de la Santé publique. Pour l'étiopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens inscrits au Registre National des Etiopathes (RNE).

(7) Voir conditions de la fiche d'information ou la notice d'information relative au contrat et remise lors de l'adhésion. Ce document est également disponible sur simple demande.

# PRESTATIONS 2020 FRANCE MUTUELLE - contrat AFD 3

Garantie exprimée dans la limite des frais réellement engagés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, excepté pour les prestations exprimées en euros, en PMSS ou en frais réels. Sauf mentions contraires, les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale ne donnent pas lieu à remboursement.

Délivrées dans les limites fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et par ses décrets d'application.

Remboursement  
Sécurité sociale + Mutuelle

SOINS COURANTS	AFD3
<b>Honoraires médicaux</b>	
Généraliste - DPTM <sup>(1)</sup>	300%
Généraliste - hors DPTM	200%
Spécialiste - DPTM <sup>(1)</sup>	400%
Spécialiste - hors DPTM	200%
Actes d'imagerie et d'échographie - DPTM <sup>(1)</sup>	350%
Actes d'imagerie et d'échographie - hors DPTM	200%
Actes techniques médicaux - DPTM <sup>(1)</sup>	220%
Actes techniques médicaux - hors DPTM	200%
<b>Médicaments</b>	100%
Médicaments, homéopathie non pris en charge par la Sécurité sociale, avec ou sans prescription <sup>(2)</sup>	60 €
Sevrage tabagique non pris en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	150 €
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	250%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	250%
<b>Matériel médical</b> <sup>(2)</sup>	Sécurité sociale + 400 € (min 100%)
<b>Frais de transport</b>	100%
<b>Soins à l'étranger</b>	Sécurité sociale + 25% (min 100%)
<b>HOSPITALISATION</b>	
<b>Honoraires</b>	
Chirurgien et anesthésiste - DPTM <sup>(1)</sup>	380%
Chirurgien et anesthésiste - hors DPTM	200%
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros	24 €
<b>Forfait journalier hospitalier</b> <sup>(3)</sup>	100% Frais réels
<b>Frais de séjour</b>	300%
<b>Chambre particulière - par jour, 60 jours par an (7 en maternité et 30 en psychiatrie)</b>	80 €
<b>Lit d'accompagnant - enfant âgé de moins de 12 ans, par jour, 30 jours par an</b>	50 €
<b>DENTAIRE</b>	
<b>Soins et prothèses 100% santé</b> * <sup>(4)</sup>	Sans reste à charge
<b>Soins (paniers à tarifs libres ou maîtrisés)</b> *	300%
<b>Orthodontie</b> *	500%
<b>Prothèses (paniers à tarifs libres ou maîtrisés), y compris Inlay / Onlay</b> *	350%
<b>Non pris en charge par la Sécurité sociale - implantologie et parodontologie</b> * <sup>(2)</sup>	550 €
<b>* Plafond annuel dentaire (au-delà, remboursement du seul ticket modérateur)</b>	2 000 €
<b>OPTIQUE</b>	
<b>Equipements 100% santé</b> <sup>(4)</sup>	Sans reste à charge
<b>Monture et verres</b> <sup>(5)</sup>	
Monture	100 €
Deux verres simples	270 €
Un verre simple + un verre complexe	420 €
Deux verres complexes	420 €
Suppléments et prestations optiques	Sans reste à charge
<b>Lentilles</b>	
prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	100% + 300 €
non prises en charge par la Sécurité sociale <sup>(2)</sup>	300 €
<b>Chirurgie réfractive - non prise en charge par la Sécurité sociale</b> <sup>(2)</sup>	400 €
<b>AIDES AUDITIVES</b>	
<b>Equipements 100% santé à partir de l'application du dispositif en 2021</b> <sup>(4)</sup>	Sans reste à charge
<b>Audio-prothèse par oreille, tous les 4 ans</b>	Sécurité sociale + 200 € (min 100%)
<b>CURES</b>	
<b>Cure thermale</b> <sup>(2)</sup>	400 €
<b>PREVENTION</b>	
<b>Non prise en charge par la Sécurité sociale</b>	
Ostéopathie, chiropraxie, étio-pathie, acupuncture - par séance, 6 séances par an <sup>(6)</sup>	50 €
Vaccins <sup>(2)</sup>	100 €
<b>Assistance</b> <sup>(7)</sup>	Incluse
<b>Téléconsultation médicale</b>	Incluse
<b>PARTICIPATIONS</b>	
<b>Allocation forfaitaire maternité par enfant, si conjointe ou bénéficiaire inscrite</b>	750 €

(1) Le DPTM (dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) regroupe l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Ce dispositif signé entre l'Assurance maladie et des médecins engage à une limitation des dépassements d'honoraires et à une amélioration du remboursement par la Sécurité sociale et par la mutuelle. Pour savoir si votre médecin a pris part à ce dispositif, connectez-vous sur le site <http://annuaire.sante.ameli.fr>

(2) Montant maximum par année civile (du 1er janvier au 31 décembre).

(3) Le forfait journalier n'est pas pris en charge au sein des établissements médico-sociaux.

(4) tels que définis réglementairement. Le 100% Santé vous permet de bénéficier d'un panier de soins sans reste à charge, après remboursement de l'Assurance maladie et de la mutuelle. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ce panier, les remboursements se feront selon le niveau de garantie choisi à la ou aux ligne(s) suivante(s).

(5) Les montants de remboursements couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'une monture. Ils incluent la participation de l'Assurance maladie. Le délai entre deux prises en charge peut être réduit dans les conditions définies dans le règlement mutualiste ou la notice d'information. Verres simples : verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et -0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal +4,00 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est inférieure ou égale à 6,00. Verres complexes : tous les autres verres.

(6) Pour la chiropraxie et l'ostéopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par des praticiens ou sages-femmes inscrits au fichier ADELI. Pour l'acupuncture, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens reconnus en tant que médecins, selon l'article L.4111-1 du Code de la Santé publique. Pour l'étiopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens inscrits au Registre National des Etiopathes (RNE).

(7) Voir conditions de la fiche d'information ou la notice d'information relative au contrat et remise lors de l'adhésion. Ce document est également disponible sur simple demande.