

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	80 ou 100 % BR*	220 ou 200 % BR	300 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	80 ou 100 % BR	120 ou 100 % BR	200 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Forfait patient urgences	---	Frais réels	Frais réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière :				
· Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	70 € / jour	70 € / jour	La prise en charge de la chambre particulière est : - limitée à 90 jours par an pour les soins de suite et réadaptation (240 jours par an pour les centres agréés de rééducation fonctionnelle), 60 jours par an pour la psychiatrie, - illimitée en chirurgie, médecine et obstétrique, - Placements à l'année et temporaires exclus.
· Soins de suite et de réadaptation	---	70 € / jour	70 € / jour	
· Psychiatrie	---	70 € / jour	70 € / jour	
· Maisons d'enfant à caractère sanitaire	---	70 € / jour	70 € / jour	
· Ambulatoire	---	20 € / jour	20 € / jour	Les suppléments lors d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge par le forfait ambulatoire.
- Frais d'accompagnement	---	30 € / jour	30 € / jour	Prise en charge en cas d'hospitalisation d'une personne âgée de moins de 16 ans ou de plus de 75 ans, limitée à 30 jours par an.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
- Consultations et visites - médecins généralistes				
· Médecins signataires DPTM	70 % BR	80 % BR	150 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
· Médecins non signataires DPTM	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
- Consultations et visites - médecins spécialistes				
· Médecins signataires DPTM	70 % BR	180 % BR	250 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
· Médecins non signataires DPTM	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Psychologues adhérents au dispositif MonPsy	60 % BR	40 % BR	100 % BR	Dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire.
Analyses, examens de laboratoire				
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	80 % BR	150 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	230 % BR	300 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	240 ou 200 % BR	300 % BR	
- Véhicule pour personne en situation de handicap	60 ou 100 % BR	140 ou 100 % BR	200 % BR	
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
DENTAIRE				
Soins, actes et consultations	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 ou 100 % BR	280 ou 250 % BR	350 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽¹⁾ Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Prothèses	70 % BR	Frais réels moins 70% BR	Frais réels	
Prothèses hors 100 % santé				
Panier à honoraires maîtrisés**				
- Prothèses	70 % BR	330 % BR	400 % BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
Panier à honoraires libres				
- Prothèses	70 % BR	330 % BR	400 % BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
- Prothèses	---	400 €	400 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Orthodontie	---	483,75 €	483,75 €	Forfait par semestre et par bénéficiaire
OPTIQUE				
1 monture et 2 verres tous les deux ans date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.				
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe A				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100% santé" et d'établir un devis.
- Monture	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
- Verres (tous types de corrections)	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - moins de 16 ans				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60% BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	101 € moins 60% BR	101 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	153 € moins 60% BR	150 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	150 € moins 60% BR	150 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - à partir de 16 ans				
- Monture	60 % BR	100 € moins 60% BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	101 € moins 60% BR	101 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	153 € moins 60% BR	150 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	150 € moins 60% BR	150 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription y compris les verres neutres	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	310 % BR	370 % BR	
- Forfait lentilles non remboursées par l'AMO	---	150 €	150 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	---	200 €	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par oeil

VERSION TDG 2023

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ Classe I				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Aides auditives	60 % BR	Frais réels moins 60%BR	Frais réels	
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	40 % BR + 300 €	100 % BR + 300 €	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	40 % BR + 800 €	100 % BR + 800 €	
Accessoires, entretien, piles réparation, implants cochléaires	60 % BR	240 % BR	300 % BR	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE - PRESTATIONS PARTICULIÈRES				
Actes de prévention	---	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO :				Les honoraires de surveillances et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les hébergements remboursés par l'AMO
· Honoraires médicaux, de surveillance, soins thermaux	65 ou 70 % BR	35 ou 30 % BR	100 % BR	
· Frais d'hébergement et de transport.	---	200 €	200 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Médecines complémentaires : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute.	---	30 €	30 €	Forfait limité à 4 séances par an et par bénéficiaire Sur présentation de la facture nominative acquittée précisant le numéro d'agrément de l'Agence Régionale de Santé ou le diplôme dans la spécialité.
Actes prescrits non remboursés par l'AMO :				
· Analyse	---	80 €	80 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
· Transport	---	31 €	31 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
Allocation Maternité ou Adoption	---	200 €	200 €	Allocation versée par enfant inscrit sur le contrat sur présentation d'un certificat de naissance ou d'adoption.
Pharmacie non remboursée par l'AMO - sur prescription : contraception, sevrage tabagique, vaccins, médicaments du voyageur	---	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée de la pharmacie. Médicaments référencés dans le VIDAL.
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale.
- Consultation médicale à distance 24H/24 - 7J/7 : avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; · Proposition d'un avis, d'un conseil, voire d'un diagnostic médical accompagnée d'une ordonnance électronique lorsque la situation le permet	---	OUI	OUI	Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr Service 100% confidentiel et sécurisé
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
Prévaésio : - Offre de prévention d'AÉSIO mutuelle	---	OUI	OUI	Campagnes de prévention comprenant : - des actions à distance (webconférences, ateliers, ...) - des actions dans les agences (ateliers santé, repérages, entretiens avec des professionnels de santé...)

VERSION TDG 2023

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général / T.M.= Ticket modérateur / F.R. = Frais réels / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale . Pour tous les actes non remboursés par l'AMO, le remboursement se fera sur facture nominative et acquittée.

** Actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO. **Soins à l'étranger : Les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.**

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.