

Tableau de garanties Frais de santé (mutuelle) depuis le 1^{er} janvier 2022

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
 PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale
 FR : Frais réels engagés par l'assuré
 LPP : Liste des produits et prestations remboursés par la Sécurité sociale
 PLV : Prix limite de Vente
 HLF : Honoraire Limite de Facturation
 DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

Abréviations

PMSS (2021) 3 428 €

GARANTIES*		CCN ECLAT (1518)						
		Base		Option 1		Option 2		
		Prestations ss déduct ^o de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct ^o de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct ^o de la Séc. Sociale **		
		DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM	
Hospitalisation (médicale, chirurgicale et à domicile y compris la maternité)	Frais de séjour	100% BR		200% BR		300% BR		
	Conventionné	100% BR		100% BR		100% BR		
	Non conventionné							
	Forfait journalier [1]	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait		
	Hospitalier	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait		
	Psychiatrique	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait		
	Honoraires - Secteur conventionné							
	Actes de chirurgie	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR	
	Actes d'anesthésie	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR	
	Actes techniques médicaux	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR	
Autres honoraires	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR		
Chambre particulière - Secteur conventionné	Avec nuitée	1% PMSS		2% PMSS		3% PMSS		
	Ambulatoire	Néant		2% PMSS		3% PMSS		
	Frais d'accompagnement (enfant - de 12ans)	0,5% PMSS		1,5% PMSS		2% PMSS		
	Participation forfaitaire sur les actes lourds	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait		
Transport	Frais de transport ou de transfert entre établissement (remboursés Ss)		100% BR		100% BR		100% BR	
Soins médicaux courants	Honoraires médicaux							
	Généralistes	120% BR	100% BR	120% BR	100% BR	120% BR	100% BR	
	Spécialistes hors Psychiatre, Neuropsychiatre et Neurologue	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR	
	Psychiatre, Neuropsychiatre et Neurologue	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR	
	Cardiologue	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR	
	Professeur - Praticien Hospitalier	170% BR	150% BR	220% BR	200% BR	220% BR	200% BR	
	Actes de chirurgie, actes médicaux techniques	120% BR	100% BR	145% BR	125% BR	170% BR	150% BR	
	Actes d'imagerie médicale, Actes d'échographie	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
	Analyses et examens de laboratoire							
	Remboursés par la Ss (Actes de Biologie)	100% BR		100% BR		100% BR		
	Remboursés par la Ss (autres actes)	100% BR		100% BR		100% BR		
	Auxiliaires médicaux	100% BR		100% BR		100% BR		
	Sage femme	120% BR		120% BR		120% BR		
	Médicaments							
	SMR faible	15% BR		100% BR		100% BR		
	SMR modéré	100% BR		100% BR		100% BR		
	SMR important	100% BR		100% BR		100% BR		
	Traitement anti tabac prescrit et pris en charge	100% BR		100% BR		100% BR		
	Traitement anti tabac prescrit et non pris en charge	1,5% PMSS / an		2% PMSS / an		4% PMSS / an		
	Vaccins prescrits remboursés Ss	100% BR		100% BR		100% BR		
	Vaccins prescrits et non remboursés	1,5% PMSS / an		2% PMSS / an		2% PMSS / an		
	Médicaments prescrits pour la prévention du paludisme, la fièvre jaune et autres maladies infectieuses liées aux voyages et non pris en charge	2% PMSS / an		2% PMSS / an		2% PMSS / an		
	Matériel médical, produits et dispositifs (hors auditif) [2]							
Prothèse capillaire prise en charge Ss	100% BR		200% BR		300% BR			
Prothèse mammaire prise en charge Ss	100% BR		200% BR		300% BR			
Semelle orthopédique	100% BR		200% BR		300% BR			
Petits appareillages et produits	100% BR		200% BR		300% BR			
Autres appareillages et produits	100% BR		200% BR		300% BR			
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100% du forfait		100% du forfait		100% du forfait			
Cures thermales acceptées et forfait hébergement								
Cure + Forfait frais d'hébergement	100% BR		100% BR + 5% PMSS		100% BR + 7% PMSS			
Cures thermales avec hospitalisation	100% BR		100% BR + 5% PMSS		100% BR + 7% PMSS			
Aides auditives	Equipement 100% Santé (Equipement de Classe I)							
	Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité	100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		100% FR dans la limite des PLV		
	Assuré > 20 ans							
	Equipement libre (Equipement de Classe II)							
Assuré <= 20 ans ou atteint de cécité	100% BR		150% BR		190% BR			
Assuré > 20 ans	100% BR		150% BR		190% BR			
Entretien / réparation / Piles et autres consommables	100% BR		100% BR		100% BR			

Tableau de garanties Frais de santé (mutuelle) depuis le 1^{er} janvier 2022

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
 PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale
 FR : Frais réels engagés par l'assuré
 LPP : Liste des produits et prestations remboursés par la Sécurité sociale
 PLV : Prix limite de Vente
 HLF : Honoraire Limite de Facturation
 DPTM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée) : OPTAM / OPTAM-CO
 OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
 OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie-Obstétrique

Abréviations

PMSS (2021) 3 428 €

GARANTIES*		CCN ECLAT (1518)					
		Base		Option 1		Option 2	
		Prestations ss déduct ^o de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct ^o de la Séc. Sociale **		Prestations ss déduct ^o de la Séc. Sociale **	
		DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM	DPTM	Hors DPTM
Optique	Équipement optique 100% Santé (Classe A) Bénéficiaire de 16 ans et + (Monture + 2 Verres) Bénéficiaire de moins de 16 ans (Monture + 2 Verres) Prestation d'appairage (verres classe A + réfraction différente) Supplément pour verres avec filtres (de classe A)	100% FR dans la limite de PLV		100% FR dans la limite de PLV		100% FR dans la limite de PLV	
	Équipement Libre (Classe B)						
	Monture						
	Adulte	80 €		100 €		100 €	
	Enfant	60 €		85 €		100 €	
	Verres adultes						
	Verre simple	40 €		120 €		130 €	
	Verre complexe	90 €		220 €		230 €	
	Verre très complexe	150 €		250 €		260 €	
	Verres enfants						
	Verre simple	40 €		80 €		90 €	
	Verre complexe	90 €		180 €		190 €	
	Verre très complexe	90 €		180 €		190 €	
	Prestations supplémentaires (équipement classe A ou B)						
	Prestation d'adaptation (verres classe A)	100% BR		100% BR		100% BR	
	Prestation d'adaptation (verres classe B)	100% BR		100% BR		100% BR	
Supplément pour verres avec filtres de classe B	100% BR		100% BR		100% BR		
Autres suppléments pour verres de classe A ou B	100% BR		100% BR		100% BR		
Lentilles							
Remboursées par la Ss	100% BR + 3% PMSS / an		100% BR + 3% PMSS / an		100% BR + 5% PMSS / an		
Refusées par la Ss	Néant		3% PMSS / an		5% PMSS / an		
Chirurgie réfractive	10% PMSS / œil		22% PMSS / œil		35% PMSS / œil		
Dentaire	Soins et prothèses 100% Santé	100% FR dans la limite des HLF		100% FR dans la limite des HLF		100% FR dans la limite des HLF	
	Inlay core						
	Autres soins prothétiques et prothèses dentaires						
	Prothèses panier maîtrisé						
	Inlay / Onlay	125% BR dans la limite des HLF		150% BR dans la limite des HLF		175% BR dans la limite des HLF	
	Inlay core	150% BR dans la limite des HLF		175% BR dans la limite des HLF		200% BR dans la limite des HLF	
	Prothèse Incisive / Canine / 1ère Prémolaire (max 3 / an) [3]	275% BR dans la limite des HLF		350% BR dans la limite des HLF		450% BR dans la limite des HLF	
	Prothèse 2ème prémolaire et molaire (max 3 / an) [3]	200% BR dans la limite des HLF		250% BR dans la limite des HLF		350% BR dans la limite des HLF	
	Prothèses panier libre						
	Inlay / Onlay	125% BR		150% BR		175% BR	
	Inlay core	150% BR		175% BR		200% BR	
	Prothèse Incisive / Canine / 1ère Prémolaire (max 3 / an) [3]	275% BR		350% BR		450% BR	
	Prothèse 2ème prémolaire et molaire (max 3 / an) [3]	200% BR		250% BR		350% BR	
	Soins dentaires						
	Soins dentaires	100% BR		100% BR		100% BR	
	Autres actes dentaires						
Parodontologie remboursée Ss	150% BR		150% BR		150% BR		
Parodontologie non remboursée Ss	Néant		Néant		Néant		
Orthodontie acceptée Ss	200% BR		250% BR		300% BR		
Orthodontie non prise en charge Ss	Néant		Néant		Néant		
Désobturation endodontique (maxi 2 actes tous les 3 ans/benef) [4]	2% PMSS / Désobturation		2,5% PMSS / Désobturation		2,5% PMSS / Désobturation		
Implantologie							
Implant + pilier dentaire (maxi 2 tous les 3 ans/benef.) [4]	8% PMSS / Implant + pilier		10% PMSS / Implant + pilier		12% PMSS / Implant + pilier		
Actes Divers	Ostéodensitométrie prescrite et prise en charge Ss	100% BR +13 € / an		100% BR +25 € / an		100% BR +38 € / an	
	Ostéodensitométrie prescrite et non prise en charge Ss	Néant		25 € / an		50 € / an	
	Diététicien	25 € / séance (max 2 / an)		25 € / séance (max 2 / an)		25 € / séance (max 2 / an)	
	Médecines douces reconnues par les annuaires professionnels de praticiens et non remboursées par la Sécurité sociale (Ostéopathe / Etiopathe / Chiropracteur / Psychologue / Psychomotricien Acupuncteur, Podologue)	25 € / séance (max 2 / an)		35 € / séance (max 3 / an)		35 € / séance (max 5 / an)	
	Forfait petit appareillage prescrit et inscrit sur la LPP, avec reste à charge (hors appareillages auditifs et équipements optiques)	25 €/an		35 €/an		50 €/an	
	Actes de prévention (tous les actes des contrats responsables)	100% BR		100% BR		100% BR	

* La grille sera adaptée pour ce qui est du Régime Local sans modifications des niveaux de remboursements présents dans le tableau à l'exception du forfait journalier hospitalier en hospital ou clinique qui est remboursé à hauteur de 20 euros [valeur 2021] et en établissement psychiatrique à hauteur de 15 euros [valeur 2021]

** Sauf précision contraire, les prestations sont exprimées en pourcentage de la BR et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité. Pour les prestations en euros, les montants forfaitaires sont remboursés dans la limite des frais réellement acquittés par l'assuré.

[1] Prévus à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

[2] Produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale

[3] Limité à 3 prothèses par an par bénéficiaire pour les paniers libre et maîtrisé, au-delà prise en charge 125% BR (Couronnes, bridges et inter de bridge/Couronnes sur implant/Prothèses dentaires amovibles ou fixes/Réparation sur prothèses.)

[4] La durée des 3 ans est considérée à partir de la date des premiers actes ou soins réalisés et ayant donné lieu à remboursement.