

ARA3

Secteur conventionné ou non conventionné - dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans la limite des frais engagés.
Le contrat est responsable et solidaire.

 <p align="center">PRESTATIONS 2024</p>	REGIME OBLIGATOIRE	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux :		
Consultations - visites : généralistes et spécialistes signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	300% BR
Consultations - visites : généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	200% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	300% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	200% BR
Forfait pour les actes dits "lourds" y compris les soins courants ci-dessous :	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux :		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...)	60% BR	300% BR
Analyses et examens de laboratoires :		
Analyses médicales remboursées par le R.O	60% BR	300% BR
Imageries médicales :		
Imageries médicales signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	300% BR
Imageries médicales non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	200% BR
Matériel médical :		
Petit et gros appareillage remboursés par le R.O	60% BR	500% BR
Prothèses capillaires	100% BR	500% BR + 250 €/an
Prothèses mammaires	100% BR	500% BR + 250 €/an
Transports, ambulances :		
Transport remboursé par le R.O	55% BR	100% BR
Pharmacie :		
Service médical rendu (SMR) important (vignette blanche)	65% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) modéré (vignette bleue)	30% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) faible (vignette orange)	15% BR	100% BR
Pharmacie prescrite non remboursée par le R.O (patch anti-tabac...) sauf cigarette électronique	-	130 €/an
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	80% ou 100% BR	300% BR
Honoraires et actes chirurgicaux signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	80% ou 100% BR	300% BR
Honoraires et actes chirurgicaux non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	80% ou 100% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier (2)	-	20 €/jour
Forfait journalier psychiatrie (2)	-	15 €/jour
Chambre particulière (2) (3) (4)	-	90 €/jour
Frais d'accompagnement (5)	-	50 €/jour (Limités 60 j/an)
Forfait pour les actes dits "lourds"	-	Frais réels
Forfait patient urgences (FPU) (11)	-	Frais réels
DENTAIRE (SAUF HORS NOMENCLATURE)		
Soins et prothèses 100% santé***	60% ou 70% BR	Prise en charge intégrale sans dépassement du prix limite de facturation
Dentaire - prothèses panier maîtrisé et libre :		
Soins, actes chirurgicaux dentaires, inlays-onlays, maladie parodontale remboursés par le R.O	60% ou 70% BR	250% BR
Prothèses dentaires, inlay-core, implants remboursés par le R.O	60% ou 70% BR	470% BR
Prothèses dentaires (codifiées CCAM) non remboursées par le R.O	-	350 €/an
Implantologie (implant + vis) non remboursée par le R.O	-	650 €/an
Maladie parodontale non remboursée par le R.O	-	450 €/an
Orthodontie remboursée par le R.O	60%/70% ou 100% BR	400% BR
Orthodontie non remboursée par le R.O	-	400 €/an
OPTIQUE		
Equipements 100% santé (classe A) ** (6)	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)
Suppléments et prestations optiques (Classe A) (6)	60% BR	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du Ticket Modérateur lorsqu'il n'existe pas de PLV)

 PRESTATIONS 2024	REGIME OBLIGATOIRE	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE
Equipement Classe B :		
Monture (6)	60% BR	100,00 €
Verres simples (a) (6)	60% BR	130 €/ verre
Verres complexes (c) (6)	60% BR	230 €/ verre
Verres très complexes (f) (6)	60% BR	280 €/ verre
Autres prestations optiques :		
Lentilles remboursées par le R.O	60% BR	100% + 300 €/an
Lentilles non remboursées par le R.O ou jetables	-	300 €/an
Chirurgie réfractive (par œil)	-	400 €/œil
Suppléments et prestations optiques	60% BR	100% BR
AIDES AUDITIVES		
Equipement 100% santé classe I tous les 4 ans	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix limite de Vente
Equipement classe II dans la limite de 1700 € par oreille (R.O inclus) tous les 4 ans	60% BR	425% BR
Consommables, piles ou accessoires remboursés par le R.O	60% BR	100% BR
CURE THERMALE		
Soins thermaux remboursés par le R.O	65% BR	100%
Forfait Hébergement et Transport pour une cure remboursée par le R.O	-	350 €/an
MEDECINES DOUCES		
Ostéopathe, Etiopathe, Diététicien, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure, Podologue, Psychomotricien, Homéopathe, Psychologue, Sophrologue, Sexologue, Réflexologue	-	200 €/an
PREVENTION		
Les actes de prévention prévus à l'article L871-1 du code de la sécurité sociale sont pris en charge	70% BR	100% BR
Frais liés aux dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et aux activités de télésurveillance médicale pris en charge au titre des articles L162-1-23 et L 162-48 du code de la sécurité sociale.	60% BR	100% BR
Ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire : sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale	70% BR	100% BR + 80 €/an
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O	-	80 €/an
Forfait Sport (9)	-	20 €/an
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES		
Garantie Assistance Santé Vie Quotidienne (10)	-	Oui
Allocation natalité ou adoption (7)	-	300 €
Allocations obsèques (7) (8)	-	1 200 €

R.O : Régime obligatoire BR : Base de remboursement régime obligatoire. Les remboursements sont effectués sur la base du régime obligatoire.

Les remboursements sont effectués sur la base du Régime Obligatoire

Toutes les prestations de la mutuelle sont versées par bénéficiaires.

(1) OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) ou OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie Obstétrique)

(2) La prise en charge ne s'applique pas aux unités et centres de soins longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et des établissements accueillant les personnes âgées.

(3) Limitée en médecine, en chirurgie et maternité : 90 jours/an

(4) Limitée en établissements spécialisés : 30 jours/an

(5) En cas d'hospitalisation d'un enfant du membre participant

(6) La prise en charge des dépenses d'optique comprend un équipement complet (monture et verres) en fonction du niveau de correction et dans la limite des plafonds. Elle est par ailleurs limitée dans les conditions ci-dessous. Le renouvellement anticipé se fera conformément aux règles du contrat responsable.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Pour les patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin). Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...). Pour les patients qui présentent également une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(7) Garanties couvertes auprès de la Mutuelle Générale de Prévoyance (MGP) immatriculée à l'INSEE sous le numéro 337 682 660

(8) L'allocation obsèques pour un enfant de moins de 12 ans est versée dans la limite des dépenses engagées (art. L223-5 du code de la Mutualité)

(9) Le forfait sport est octroyé à tout adhérent (y compris à ses ayants – droit), titulaire d'une licence sportive ou inscrit dans une salle de sport ou sur présentation d'une facture acquittée pour une activité de remise en forme ou acquittée auprès d'un club ou association de danse

(10) Garantie assurée par l'organisme Garantie Assistance Santé Vie Quotidienne immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 312 517 493 et diffusée par Cogemut au RCS de Créteil sous le numéro 408 184 208 n° de téléphone : 09 69 32 03 77 Code accès 2133

(11) Les urgences gynécologiques ne sont pas concernées.

* Mutuelle Familiale des Oeuvres Sociales

** Tels que définis réglementairement.

*** Panier sans reste à charge défini par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes, jusqu'à hauteur des plafonds tarifaires prévus à cet effet.

Exemple de remboursement⁽¹⁾ ARA NIV III

Contrat de complémentaire santé responsable ⁽²⁾	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement du Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	Non remboursé	0,00 €	20,00 €	0,00 €	
Forfait journalier en psychiatrie	15,00 €	Non remboursé	0,00 €	15,00 €	0,00 €	
Chambre particulière (sur demande du patient)	50,00 €	Non remboursé	0,00 €	50,00 €	0,00 €	Prix moyen Mutuelle 2023
Séjour avec actes lourds (L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé)						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé						
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24,00 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	422,00 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	463,00 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0,00 €	
Séjour sans actes lourds (L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé)						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0,00 €	
Soins courants						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	26,50 €	26,50 €	17,55 €	7,95 €	1,00 €	1€ = participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	33,50 €	33,50 €	23,45 €	10,05 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	31,50 €	31,50 €	21,05 €	9,45 €	1,00 €	1€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	49,00 €	33,50 €	23,45 €	25,55 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	52,00 €	31,50 €	21,05 €	29,95 €	1,00 €	1€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	29,90 €	18,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	65,00 €	23,00 €	15,10 €	29,90 €	20,00 €	Participation forfaitaire incluse dans le reste à charge
Matériel médical						
Achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0,00 €	
Dentaire						
100% santé						
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 € (Honoraire limite de facturation)	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	
Couronne Céramo-métallique sur molaires	554,00 €	120,00 €	72,00 €	482,00 €	0,00 €	
Orthodontie (moins de 16 ans) - Traitement par semestre (6 semestres max)	698,00 €	193,50 €	193,50 €	504,50 €	0,00 €	
Optique						
100% santé						
Verres simples (42,50€ par verre) et monture (30€)	115 € (Prix limite de vente)	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €	
Verres progressifs (90€ par verre) et monture (30€)	210 € (Prix limite de vente)	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Verres simples (107€ par verre) et monture (142€)	356,00 €	0,15 €	0,09 €	355,91 €	0,00 €	
Verres progressifs (239€ par verre) et monture (142€)	620,00 €	0,15 €	0,09 €	559,91 €	60,00 €	
Autres prestations optiques						
Lentilles (NR) - 2 yeux pour 6 mois	78,00 €	Non remboursé	0,00 €	78,00 €	0,00 €	
Opération correctrice de la myopie (2 yeux)	1 400,00 €	Non remboursé	0,00 €	800,00 €	600,00 €	
Aides auditives						
100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 € (Prix limite de vente)	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565,00 €	400,00 €	240,00 €	1 325,00 €	0,00 €	

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.