

PROFESSIONS LIBÉRALES V2



NIVEAU 1 Garantie responsable

	Régime obligatoire	ADRÉA Mutuelle	Remboursement TOTAL	Remarques
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
Praticiens n'ayant pas signé le CAS Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	80% B.R.	145% B.R.	225% B.R.	
Autres praticiens Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	80% B.R.	320% B.R.	400% B.R.	
Participation assuré	Néant	F.R.	F.R.	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Forfait journalier hospitalier	Néant	F.R.	F.R.	
Chambre particulière avec nuitée	Néant	90 € / jour	90 € / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée limitée à 90 jours par année civile.
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (Sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	Néant	15 € / jour	15 € / jour	Hors box d'hospitalisation (Structure ouverte pouvant être individualisée).
Frais d'accompagnant	Néant	50 € / jour	50 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Durée limitée à 90 jours par année civile. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.
Frais de télévision	Néant	3 € / jour	3 € / jour	Durée limitée à 90 jours par année civile.
Transports prescrits remboursés par le R.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
SOINS MÉDICAUX COURANTS				
Praticiens n'ayant pas signé le CAS Consultations, visites des médecins généralistes, spécialistes	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Autres praticiens Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	40% B.R. ou 30% B.R.	100% B.R.	
Praticiens n'ayant pas signé le CAS Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Autres praticiens Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Praticiens n'ayant pas signé le CAS Actes d'imagerie (Radiographie, scanner, IRM,...) - Échographie ou doppler	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Autres praticiens Actes d'imagerie (Radiographie, scanner, IRM,...) - Échographie ou doppler	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Participation assuré	Néant	F.R.	F.R.	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Examens de biologie médicale	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Acupuncteurs, auriculothérapeutes, chiropracteurs, cryothérapie, diététiciens, homéopathes, naturopathes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, phytothérapeutes, podologues, psychologues, sexologues, sophrologues	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance. Limité à 3 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
Cures thermales remboursées par le R.O. : soins, transport, hébergement, remboursés par le R.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
PHARMACIE				
Pharmacie à 65%	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
Pharmacie à 30%	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
Pharmacie à 15%	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	

NIVEAU 1 Garantie responsable

Régime obligatoire	ADRÉA Mutuelle	Remboursement TOTAL	Remarques
--------------------	----------------	---------------------	-----------

OPTIQUE

Limité à :
 - 1 monture et 2 verres sur 2 ans (De date à date) pour les adultes (Plus de 18 ans : âge apprécié à la date des soins) sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an (De date à date).
 - 1 monture et 2 verres sur 1 an (De date à date) pour les enfants (Moins de 18 ans : âge apprécié à la date des soins).
La période de référence porte sur les mois précédant l'acquisition du nouvel équipement.

Monture et verres simples (Uni-focaux faible et moyenne correction)	60% B.R.	40% B.R. + 80 €	100% B.R. + 80 €	Forfait par année civile. Forfait applicable en cas de changement de monture seule. Verres uni-focaux faible et moyenne correction : codes LPP : 2203240, 2287916, 2259966, 2226412, 2261874, 2242457, 2200393, 2270413.
Monture et verres complexes (Uni-focaux forte correction et progressifs)	60% B.R.	40% B.R. + 200 €	100% B.R. + 200 €	Forfait par année civile. Remboursement ADRÉA limité à 150 € par monture. Verres uni-focaux forte correction : codes LPP : 2282793, 2280660, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2212976, 2252668, 2288519, 2299523, 2243540, 2297441, 2243304, 2291088, 2273854, 2248320, 2283953, 2219381, 2238941, 2268385, 2245036, 2206800. Verres progressifs : codes LPP : 2290396, 2291183, 2227038, 2299180, 2245384, 2295198, 2202239, 2252042, 2259245, 2264045, 2238792, 2202452, 2240671, 2282221, 2234239, 2259660.
Autres prestations sur verres remboursées par le R.O. : prismes et filtres	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Lentilles prescrites remboursées par le R.O.	60% B.R.	40% B.R. + 80 €	100% B.R. + 80 €	Forfait par année civile valant pour ces deux rubriques.
Lentilles prescrites non remboursées par le R.O. et produits d'entretien	Néant	80 €	80 €	
Traitement correctif de la vision	Néant	120 €	120 €	Forfait par année civile, par œil.

L'appréciation du degré de correction se fait sur l'œil pour lequel la correction est la plus forte, il est impossible de cumuler le forfait « faible correction et moyenne correction » et le forfait « forte correction et progressifs ».

DENTAIRE

Seuls les actes répertoriés à la CCAM peuvent faire l'objet d'un remboursement de la mutuelle

Consultations, soins, radiographies	70% B.R.	80% B.R.	150% B.R.	
Prothèses dentaires remboursées par le R.O.	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	Remboursement ADRÉA limité à 700 € par année civile.
Orthodontie remboursée par le R.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	130% B.R. ou 100% B.R.	200% B.R.	

PROTHÈSES, ACOUSTIQUE, APPAREILLAGE

Appareillage, orthopédie	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Prothèses auditives	60% B.R.	40% B.R. + 200 €	100% B.R. + 200 €	Achat, entretien et réparation. Forfait par année civile, par oreille.
Prothèses capillaires (Suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (Suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	Néant	100% B.R.	

ADRÉA Assistance et Priorité Santé Mutualiste (PSM) dans le cadre des services associés à la garantie : voir notice d'informations Assistance.

Actes de prévention prévus dans le cadre de la garantie responsable.

B.R. = Base de Remboursement (Tarif officiel Assurance Maladie) F.R. = Frais Réels R.O. = Régime Obligatoire
CAS = Contrat d'Accès aux Soins

- 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) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général en vigueur au 02/05/2011.
- 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.

PROFESSIONS LIBÉRALES V2



NIVEAU 2 Garantie responsable

	Régime obligatoire	ADRÉA Mutuelle	Remboursement TOTAL	Remarques
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	80% B.R.	145% B.R.	225% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	80% B.R.	320% B.R.	400% B.R.	
Participation assuré	Néant	F.R.	F.R.	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Forfait journalier hospitalier	Néant	F.R.	F.R.	
Chambre particulière avec nuitée	Néant	90 € / jour	90 € / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée limitée à 90 jours par année civile.
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (Sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	Néant	15 € / jour	15 € / jour	Hors box d'hospitalisation (Structure ouverte pouvant être individualisée).
Frais d'accompagnant	Néant	50 € / jour	50 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Durée limitée à 90 jours par année civile. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.
Frais de télévision	Néant	3 € / jour	3 € / jour	Durée limitée à 90 jours par année civile.
Transports prescrits remboursés par le R.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
SOINS MÉDICAUX COURANTS				
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes	70% B.R.	110% B.R.	180% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	140% B.R. ou 130% B.R.	200% B.R.	
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	70% B.R.	110% B.R.	180% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Actes d'imagerie (Radiographie, scanner, IRM, ...) - Échographie ou doppler	70% B.R.	110% B.R.	180% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Actes d'imagerie (Radiographie, scanner, IRM, ...) - Échographie ou doppler	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	
Actes d'imagerie H.N.	Néant	70% F.R.	70% F.R.	Limité à 100 € par année civile.
Participation assuré	Néant	F.R.	F.R.	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Examens de biologie médicale	60% B.R.	140% B.R.	200% B.R.	
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Acupuncteurs, auriculothérapeutes, chiropracteurs, cryothérapie, diététiciens, homéopathes, naturopathes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, phytothérapeutes, podologues, psychologues, sexologues, sophrologues	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance. Limité à 3 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
Cures thermales remboursées par le R.O. : soins, transport, hébergement, remboursés par le R.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
PHARMACIE				
Pharmacie à 65%	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
Pharmacie à 30%	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
Pharmacie à 15%	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	

NIVEAU 2 Garantie responsable

	Régime obligatoire	ADRÉA Mutuelle	Remboursement TOTAL	Remarques
OPTIQUE				
<u>Limité à :</u> - 1 monture et 2 verres sur 2 ans (De date à date) pour les adultes (Plus de 18 ans : âge apprécié à la date des soins) sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an (De date à date). - 1 monture et 2 verres sur 1 an (De date à date) pour les enfants (Moins de 18 ans : âge apprécié à la date des soins). La période de référence porte sur les mois précédant l'acquisition du nouvel équipement.				
Monture et verres simples (Uni-focaux faible et moyenne correction)	60% B.R.	40% B.R. + 150 €	100% B.R. + 150 €	Forfait par année civile. Remboursement ADRÉA limité à 150 € par monture Forfait applicable en cas de changement de monture seule. Verres uni-focaux faible et moyenne correction : codes LPP : 2203240, 2287916, 2259966, 2226412, 2261874, 2242457, 2200393, 2270413.
Monture et verres complexes (Uni-focaux forte correction et progressifs)	60% B.R.	40% B.R. + 230 €	100% B.R. + 230 €	Forfait par année civile. Remboursement ADRÉA limité à 150 € par monture Verres uni-focaux forte correction : codes LPP : 2282793, 2280660, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2212976, 2252668, 2288519, 2299523, 2243540, 2297441, 2243304, 2291088, 2273854, 2248320, 2283953, 2219381, 2238941, 2268385, 2245036, 2206800. Verres progressifs : codes LPP : 2290396, 2291183, 2227038, 2299180, 2245384, 2295198, 2202239, 2252042, 2259245, 2264045, 2238792, 2202452, 2240671, 2282221, 2234239, 2259660.
Autres prestations sur verres remboursées par le R.O. : prismes et filtres	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Lentilles prescrites remboursées par le R.O.	60% B.R.	40% B.R. + 150 €	100% B.R. + 150 €	
Lentilles prescrites non remboursées par le R.O. et produits d'entretien	Néant	150 €	150 €	Forfait par année civile valant pour ces deux rubriques.
Traitement correctif de la vision	Néant	230 €	230 €	Forfait par année civile, par œil.
L'appréciation du degré de correction se fait sur l'œil pour lequel la correction est la plus forte, il est impossible de cumuler le forfait « faible correction et moyenne correction » et le forfait « forte correction et progressifs ».				
DENTAIRE				
Seuls les actes répertoriés à la CCAM peuvent faire l'objet d'un remboursement de la mutuelle				
Consultations, soins, radiographies	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.	
Prothèses dentaires remboursées par le R.O.	70% B.R.	230% B.R.	300% B.R.	Remboursement ADRÉA limité à 1 000 € par année civile (Hors ticket Modérateur = 30% B.R. sur les prothèses dentaires remboursées par le R.O.).
Soins, prothèses, orthodontie et actes non remboursés par le R.O.	Néant	230 €	230 €	
Orthodontie remboursée par le R.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	230% B.R. ou 200% B.R.	300% B.R.	
PROTHÈSES, ACOUSTIQUE, APPAREILLAGE				
Appareillage, orthopédie	60% B.R.	140% B.R.	200% B.R.	
Prothèses auditives	60% B.R.	40% B.R. + 200 €	100% B.R. + 200 €	Achat, entretien et réparation. Forfait par année civile, par oreille.
Prothèses capillaires (Suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (Suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	100% B.R.	200% B.R.	
ADRÉA Assistance et Priorité Santé Mutualiste (PSM) dans le cadre des services associés à la garantie : voir notice d'informations Assistance Actes de prévention prévus dans le cadre de la garantie responsable.				

B.R. = Base de Remboursement (Tarif officiel Assurance Maladie)

F.R. = Frais Réels

R.O. = Régime Obligatoire

H.N. = Hors Nomenclature

CAS = Contrat d'Accès aux Soins

- 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) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général en vigueur au 02/05/2011.
- 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.

PROFESSIONS LIBÉRALES V2



NIVEAU 3 Garantie responsable

	Régime obligatoire	ADRÉA Mutuelle	Remboursement TOTAL	Remarques
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	80% B.R.	145% B.R.	225% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	80% B.R.	320% B.R.	400% B.R.	
Participation assuré	Néant	F.R.	F.R.	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Forfait journalier hospitalier	Néant	F.R.	F.R.	
Chambre particulière avec nuitée	Néant	90 € / jour	90 € / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée limitée à 90 jours par année civile.
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (Sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	Néant	15 € / jour	15 € / jour	Hors box d'hospitalisation (Structure ouverte pouvant être individualisée).
Frais d'accompagnant	Néant	50 € / jour	50 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Durée limitée à 90 jours par année civile. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.
Frais de télévision	Néant	3 € / jour	3 € / jour	Durée limitée à 90 jours par année civile.
Transports prescrits remboursés par le R.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
SOINS MÉDICAUX COURANTS				
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes	70% B.R.	155% B.R.	225% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	240% B.R. ou 230% B.R.	300% B.R.	
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	70% B.R.	155% B.R.	225% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	70% B.R.	230% B.R.	300% B.R.	
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Actes d'imagerie (Radiographie, scanner, IRM, ...) - Échographie ou doppler	70% B.R.	155% B.R.	225% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Actes d'imagerie (Radiographie, scanner, IRM, ...) - Échographie ou doppler	70% B.R.	230% B.R.	300% B.R.	
Actes d'imagerie H.N.	Néant	90% F.R.	90% F.R.	Limité à 100 € par année civile.
Participation assuré	Néant	F.R.	F.R.	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Examens de biologie médicale	60% B.R.	240% B.R.	300% B.R.	
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Acupuncteurs, auriculothérapeutes, chiropracteurs, cryothérapie, diététiciens, homéopathes, naturopathes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, phytothérapeutes, podologues, psychologues, sexologues, sophrologues	Néant	50 €	50 €	Forfait par séance. Limité à 3 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
Cures thermales remboursées par le R.O. : soins, transport, hébergement, remboursés par le R.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
PHARMACIE				
Pharmacie à 65%	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
Pharmacie à 30%	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
Pharmacie à 15%	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	

NIVEAU 3
Garantie responsable

Régime obligatoire	ADRÉA Mutuelle	Remboursement TOTAL	Remarques
--------------------	----------------	---------------------	-----------

OPTIQUE

Limité à :
- 1 monture et 2 verres sur 2 ans (De date à date) pour les adultes (Plus de 18 ans : âge apprécié à la date des soins) sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an (De date à date).
- 1 monture et 2 verres sur 1 an (De date à date) pour les enfants (Moins de 18 ans : âge apprécié à la date des soins).
La période de référence porte sur les mois précédant l'acquisition du nouvel équipement.

Monture et verres simples (Uni-focaux faible et moyenne correction)	60% B.R.	40% B.R. + 300 €	100% B.R. + 300 €	Forfait par année civile. Remboursement ADRÉA limité à 150 € par monture. Forfait applicable en cas de changement de monture seule. Verres uni-focaux faible et moyenne correction : codes LPP : 2203240, 2287916, 2259966, 2226412, 2261874, 2242457, 2200393, 2270413.
Monture et verres complexes (Uni-focaux forte correction et progressifs)	60% B.R.	40% B.R. + 450 €	100% B.R. + 450 €	Forfait par année civile. Remboursement ADRÉA limité à 150 € par monture. Verres uni-focaux forte correction : codes LPP : 2282793, 2280660, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2212976, 2252668, 2288519, 2299523, 2243540, 2297441, 2243304, 2291088, 2273854, 2248320, 2283953, 2219381, 2238941, 2268385, 2245036, 2206800. Verres progressifs : codes LPP : 2290396, 2291183, 2227038, 2299180, 2245384, 2295198, 2202239, 2252042, 2259245, 2264045, 2238792, 2202452, 2240671, 2282221, 2234239, 2259660.
Autres prestations sur verres remboursées par le R.O. : prismes et filtres	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Lentilles prescrites remboursées par le R.O.	60% B.R.	40% B.R. + 300 €	100% B.R. + 300 €	Forfait par année civile valant pour ces deux rubriques.
Lentilles prescrites non remboursées par le R.O. et produits d'entretien	Néant	300 €	300 €	
Traitement correctif de la vision	Néant	450 €	450 €	Forfait par année civile, par œil.

L'appréciation du degré de correction se fait sur l'œil pour lequel la correction est la plus forte, il est impossible de cumuler le forfait « faible correction et moyenne correction » et le forfait « forte correction et progressifs ».

DENTAIRE

Seuls les actes répertoriés à la CCAM peuvent faire l'objet d'un remboursement de la mutuelle

Consultations, soins, radiographies	70% B.R.	230% B.R.	300% B.R.	
Prothèses dentaires remboursées par le R.O.	70% B.R.	330% B.R.	400% B.R.	Remboursement ADRÉA limité à 2 000 € par année civile (Hors ticket Modérateur = 30% B.R. sur les prothèses dentaires remboursées par le R.O.).
Soins, prothèses, orthodontie et actes non remboursés par le R.O.	Néant	450 €	450 €	
Orthodontie remboursée par le R.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	330% B.R. ou 300% B.R.	400% B.R.	

PROTHÈSES, ACOUSTIQUE, APPAREILLAGE

Appareillage, orthopédie	60% B.R.	240% B.R.	300% B.R.	
Prothèses auditives	60% B.R.	40% B.R. + 200 €	100% B.R. + 200 €	Achat, entretien et réparation. Forfait par année civile, par oreille.
Prothèses capillaires (Suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (Suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	200% B.R.	300% B.R.	

ADRÉA Assistance et Priorité Santé Mutualiste (PSM) dans le cadre des services associés à la garantie : voir notice d'informations Assistance

Actes de prévention prévus dans le cadre de la garantie responsable.

B.R. = Base de Remboursement (Tarif officiel Assurance Maladie) F.R. = Frais Réels R.O. = Régime Obligatoire
H.N. = Hors Nomenclature CAS = Contrat d'Accès aux Soins

- 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) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général en vigueur au 02/05/2011.
- 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.