GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ

Tableau des garanties Nouvelle Offre

Prestations

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels. Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable. On entend par assuré : membre participant et ses ayants droit assurés au contrat.**	**GPM RÉFÉRENCE**	**GPM VARIANCE**	**GPM VARIANCE+**	**GPM EXCELLENCE**	**GPM EXCELLENCE+**
Hospitalisation			*Renfort 1 Hospitalisation*	*Renfort 2 Hospitalisation*	
Forfait Journalier Hospitalier (y compris les séjours psychiatriques)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Forfait Patient Urgences (au sens de l'article L160-13 I du Code de la Sécurité Sociale)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Participation forfaitaire "Acte lourd" (conformément à l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale)	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels	100% des frais réels
Honoraires et soins, y compris les actes chirurgicaux d'anesthésistes et obstétriques en secteur conventionné et non conventionné pratiqués par des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS	300% BRSS
Honoraires et soins, y compris les actes chirurgicaux, d'anesthésie et obstétriques en secteur conventionné et non conventionné pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Transport accepté par la Sécurité Sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Chambre particulière - **Par jour - Max 90 jours par année civile et par assuré, pour les hospitalisations ou séjours en établissements ou unités de soins de suite et de réadaptation, établissements thermaux, établissements ou unités psychiatriques, de lutte contre les maladies mentales et contre l'alcoolisme (sauf hébergement en établissement de soins de longue durée y compris en ex-section de cure médicale non pris en charge)**	-	40 €	60 €	75 €	120 €
Hébergement temporaire non médicalisé (pris en charge par la sécurité sociale) - **Par nuitée - Prestation limitée à 21 nuitées pour les séjours correspondant aux conditions des articles R.6111-50 et R.6111-52 du code de la santé publique. Les montants s'ajoutent à ceux de la Sécurité Sociale**	-	40 €	60 €	75 €	120 €
Hébergement temporaire non médicalisé (non pris en charge par la sécurité sociale) - **Par nuitée- Max 6 nuitées par année civile et par assuré dans les conditions définies dans les dispositions contractuelles**	-	40 €	60 €	75 €	120 €
Lit accompagnant - **Par jour (ascendants, descendants et conjoint assurés au contrat) - Limité à 15 jours par année civile et par assuré**	-	20 €	30 €	40 €	60 €
Frais de séjour en secteur conventionné et non conventionné	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Hospitalisation à domicile acceptée par la Sécurité Sociale	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Maternité					
Allocation Maternité **(par naissance ou adoption)**	-	200 €	300 €	400 €	800 €
FIV, amniocentèse non acceptées par la Sécurité Sociale (**dont les FIV réalisées à l'étranger et pour lesquelles la Sécurité sociale a octroyé le versement d'une allocation forfaitaire.) - Par année civile et par assuré**	-	100 €	150 €	200 €	400 €
Chambre particulière maternité **- Par jour - Max 90 jours par année civile et par assuré**	-	40 €	60 €	75 €	120 €
Soins courants			*Renfort 1 Soins courants*	*Renfort 2 Soins courants*	
Honoraires médicaux Consultations dont téléconsultations - visites chez des omnipraticiens et spécialistes ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS	300% BRSS
Honoraires médicaux Consultations dont téléconsultations - visites chez des omnipraticiens et spécialistes n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Actes techniques médicaux - dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS	300% BRSS
Actes techniques médicaux - hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Radiologie - dans le cadre des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS	300% BRSS
Radiologie - hors dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Vaccins acceptés par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires paramédicaux	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Séances d'accompagnement réalisées par des psychologues conventionnés (conformément aux articles L.162-58 et R.162-62 à R.162-69 du Code de la Sécurité)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments et pharmacie acceptés par la Sécurité Sociale	100% BRSS sur les médicaments remboursés à 65 % par la SS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS

100% santé

** Tels que définis règlementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale).*

*** À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, les franchises médicales (sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports), la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L322-5 du Code de la Sécurité sociale, la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.*

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels. Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable. On entend par assuré : membre participant et ses ayants droit assurés au contrat.**	**GPM RÉFÉRENCE**	**GPM VARIANCE**	**GPM VARIANCE+**	**GPM EXCELLENCE**	**GPM EXCELLENCE+**
Matériel médical					
Petit appareillage	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS
Appareillages 100% Santé (Prothèses capillaires, fauteuils roulants faisant l'objet d'une prise en charge renforcée, conformément à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale).	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**				
Grand appareillage	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	200% BRSS
Autres soins					
Actes d'ostéopathie, de chiropraxie et de podologie non acceptés par la Sécurité Sociale - **Par séance - Limité à 3 séances par année civile et par assuré**	-	-	25 €	45 €	60 €
Cures thermales	-	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Aides auditives **Une aide auditive par oreille par période de 4 ans (date de facturation). Forfait incluant le remboursement de la sécurité sociale.**					
Aides auditives - classe I Équipements 100 % santé*	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**				
Aides auditives - classe II Tarif libre	100% BRSS	600 €	800 €	1 200 €	1 700 €
Consommables acceptés par la Sécurité Sociale	100% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	300% BRSS	400% BRSS
Dépistage et prévention					
Actes de prévention prévus par la Sécurité Sociale dont le bilan du langage oral, les dépistages de l'hépatite B et des troubles de l'audition, l'acte d'ostéodensitométrie	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Vaccins non acceptés par la Sécurité Sociale - **Par année civile et par assuré**	-	20 €	30 €	40 €	50 €
Dépistage du strabisme et de la surdité avant 3 ans (y compris audiométrie subjective) + bilan allergique - **Par année civile et par enfant assuré**	-	-	30 €	50 €	60 €
Forfait contraception et sevrage tabagique prescrits (patchs et gommes) - **Par année civile et par assuré**	-	40 €	60 €	80 €	100 €
Forfait Objet Connecté E-Santé - **A utiliser sur une période de deux ans par membre participant pour la prise en charge des dépenses liées à l'achat d'un "Objet Connecté E-Santé" tel que défini aux dispositions contractuelles. L'objet connecté E-Santé ne peut en aucun cas consister en un appareil qui ouvrirait autrement droit à prise en charge par le présent contrat. Notamment et de manière non limitative, ne peut être considéré comme un objet connecté E-Santé, un dispositif de correction de la vue ou de l'audition.**	75 €	75 €	75 €	75 €	150 €
Forfait maladie grave / coup dur					
Forfait à utiliser sur une période de deux années civiles par assuré pour la prise en charge des dépenses suivantes : - Équipement médical spécialisé (dont fauteuil roulant) accepté par la Sécurité Sociale - Chirurgie plastique réparatrice acceptée par la Sécurité Sociale (dont prothèse mammaire ou oculaire) - Acte d'esthétique non contre indiqué par le chirurgien, pratiqué par un professionnel de santé agréé et directement lié à une reconstruction mammaire prise en charge par la Sécurité Sociale, - Prothèse capillaire prescrite et acceptée par la Sécurité Sociale - Séances prescrites de kinésithérapie avec dépassements en cas de maladie grave - Chambre particulière en SSR - Sets de pose contenant le matériel de perfusion à domicile - Matériel de stomies - Cure thermale ALD non prise en charge par la Sécurité Sociale dans les conditions définies aux dispositions contractuelles - Séances d'activités physiques adaptées dans les conditions définies aux dispositions contractuelles **Toute demande de remboursement de prestations découlant d'une « maladie grave » telle que définie aux dispositions contractuelles pourra être étudiée.** **Ces remboursements ne peuvent en aucun cas déroger aux règles et limites posées par le « cahier des charges » des contrats responsables.** **En particulier, ils ne peuvent permettre le remboursement des dépassements d'honoraires non pris en charge par la garantie au-delà des plafonds contractuels de prise en charge, ni des équipements d'optique ou d'audioprothèse au-delà des plafonds contractuels.**	-	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
Optique **Un équipement (verres + monture) tous les 2 ans par assure (sauf pour les enfants de moins de 16 ans et les cas d'évolution de la vue)**			***Renfort 1 Optique***	***Renfort 2 Optique***	
Équipements 100 % santé* - classe A :	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**				
Prestation d'adaptation et d'appairage de la correction visuelle classe A + Supplément pour les verres avec filtre	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**				

100% santé

** Tels que définis règlementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale).*
*** À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, les franchises médicales (sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports), la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L322-5 du Code de la Sécurité sociale, la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.*

Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) incluant le remboursement de celle-ci dans la limite des frais réels. Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable**. On entend par assuré : membre participant et ses ayants droit assurés au contrat.	GPM RÉFÉRENCE	GPM VARIANCE	GPM VARIANCE+	GPM EXCELLENCE	GPM EXCELLENCE+
Optique (suite) **Un équipement (verres + monture) tous les 2 ans par assure (sauf pour les enfants de moins de 16 ans et les cas d'évolution de la vue)**			*Renfort 1 Optique*	*Renfort 2 Optique*	
Équipements - classe B - Tarif libre :					
Équipement verres simples **(forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)**	100 % BRSS	110 €	200 €	300 €	420 €
Équipement verres complexes **(forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)**	100 % BRSS	210 €	350 €	500 €	700 €
Équipement verres hypercomplexes **(forfait par équipement incluant le remboursement de la Sécurité sociale)**	100 % BRSS	260 €	400 €	550 €	800 €
Dont forfait maximum pour la monture	100 % BRSS	75 €	100 €	100 €	100 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle classe B + Supplément pour les verres avec filtre	100% des frais réels **dans la limite des prix limites de vente**				
Achat mixte (monture / verres) Tarif 100% Santé (classe A) / Tarif libre (classe B)	Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, **dans la limite des prix limites de vente**				
Achat équipement verres hybrides appartenant à la même classe : Par exemple : un verre complexe + un verre hypercomplexe	Le forfait est calculé sur la base de la somme des deux équipements correspondant aux deux verres divisés par deux. *Exemple : forfait pour un équipement hybride en Variance + avec un verre complexe et un verre hypercomplexe. Calcul du forfait :* *(350 € + 400 €) / 2 = 375 € dont 100 € de monture*				
Lentilles de correction prescrites médicalement et acceptées par la Sécurité sociale - **Forfait par année civile et par assuré. Au-delà du forfait remboursement du ticket modérateur**	100 % BRSS	50 €	100 €	150 €	250 €
Lentilles de correction prescrites médicalement et non acceptées par la Sécurité sociale - **Forfait par année civile et par assuré**	-				
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale - **Par oeil, par année civile et par assuré**	-	-	300 €	500 €	700 €
Implants oculaires non pris en charge par la Sécurité sociale **- Par oeil, par année civile et par assuré**	-	-	600 €	800 €	1 000 €
Dentaire **Taux incluant le remboursement de la sécurité sociale**			*Renfort 1 Dentaire*	*Renfort 2 Dentaire*	
Soins dentaires	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Prothèses dentaires 100% santé* - panier 1 :					
Couronnes et bridges prévus par la convention dentaire en vigueur	100 % des frais réels **dans la limite des honoraires limites de facturation**				
Couronnes, bridges et autres prothèses (dont Inlay-Onlay) prévus par la convention dentaire en vigueur	100 % des frais réels **dans la limite des honoraires limites de facturation**				
Prothèses dentaires - panier 2 (tarif maîtrisé) et panier 3 (tarif libre) :					
Prothèses dentaires (dont Inlay-Onlay) acceptées par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale **dans la limite de 6 semestres par assuré pour l'ensemble des traitements**	100 % BRSS	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
Forfaits pour les prestations non remboursées par la Sécurité Sociale prévus **sur une période de deux années civiles** :					
Prothèses dentaires non acceptées par la Sécurité Sociale **- Par prothèse - Limité à 3 prothèses toutes les deux années civiles et par assuré**	-	50 €	100 €	200 €	300 €
Implantologie **- Par implant - Limité à 3 implants toutes les deux années civiles et par assuré**	-	-	200 €	400 €	600 €
Parodontologie / endodontie **- Toutes les deux années civiles et par assuré**	-	-	75 €	150 €	225 €
Orthodontie non acceptée par la Sécurité Sociale **- Par semestre - Dans la limite de 2 semestres par assuré pour l'ensemble des traitements - Une fois par assuré dans la vie du contrat**	-	-	300 €	600 €	1 000 €

100% santé

** Tels que définis règlementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale).*
*** À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, les franchises médicales (sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports), la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L322-5 du Code de la Sécurité sociale, la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.*

Le contrat est assuré par AGMF Prévoyance,
Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, N° 775 666 340 - 1 Boulevard Pasteur, 75015 PARIS.