

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins signataires DPTM*	80% B.R. ou 100% B.R.*	20% B.R. ou 0% B.R.	100% B.R.	
- Médecins non signataires DPTM	80% B.R. ou B.R.	20% B.R. ou 0% B.R.	100% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours				
- Frais de séjour	80% B.R. ou 100% B.R.	20% B.R. ou 0% B.R.	100% B.R.	
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
- Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires DPTM	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	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% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pedicures-podologues)	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Autres honoraires				Dans la limite de 12 séances par année civile et par bénéficiaire
- Psychologues adhérents au dispositif MonSoutienPsy	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Analyses, examens de laboratoire	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires DPTM	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	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% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	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% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60% B.R. ou 100% B.R.	40% B.R. ou 0% B.R.	100% B.R.	
Transport	55% B.R.	45% B.R.	100% B.R.	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
DENTAIRE				
Soins, actes et consultations	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Orthodontie remboursée par l'AMO	60% B.R. ou 100% B.R.	40% B.R. ou 0% B.R.	100% B.R.	
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	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
Prothèses hors 100 % santé				
Panier à honoraires maîtrisés**				
- Prothèses dentaires visibles (Canines, incisives et 1re prémolaires)	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Prothèses dentaires non visibles (2nd prémolaires et molaires)	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Prothèses dentaires amovibles	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Prothèses dentaires : transitoire, réparation, réfections	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Inlay Onlay	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Panier à honoraires libres				
- Prothèses dentaires visibles (Canines, incisives et 1re prémolaires)	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Prothèses dentaires non visibles (2nd prémolaires et molaires)	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Prothèses dentaires amovibles	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Prothèses dentaires : transitoire, réparation, réfections	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Inlay Onlay	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
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% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Verres (tous types de corrections)	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	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% B.R.	30 € moins 60% B.R.	30 €	
- Verre simple, verre neutre	60% B.R.	35 € moins 60% B.R.	35 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60% B.R.	85 € moins 60% B.R.	85 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60% B.R.	85 € moins 60% B.R.	85 €	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% B.R.	30 € moins 60% B.R.	30 €	
- Verre simple, verre neutre	60% B.R.	35 € moins 60% B.R.	35 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60% B.R.	85 € moins 60% B.R.	85 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60% B.R.	85 € moins 60% B.R.	85 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	

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% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	Frais Réels	
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Accessoires, entretien, piles réparation, implants cochléaires	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE - PRESTATIONS PARTICULIERES				
Actes de prévention	Néant	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% B.R. ou 70% B.R.	35% B.R. ou 30% B.R.	100% B.R.	
Forfait global de 80 € pour toutes les prestations ci-dessous				
Médecines complémentaires : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute.	Néant	20 €	20 €	Limité à 3 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 :				
- Moyen de contraception, sevrage tabagique, vaccins, médicaments du voyageur	Néant	25 €	25 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée de la pharmacie. Médicaments référencés dans le VIDAL.
Fécondation in vitro (à partir de la 5ème), micro sclérose, parodontologie	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée
Loupe visuelle amblyope	Néant	50 €	50 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	Néant	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	Néant	OUI	OUI	Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr Service 100% confidentiel et sécurisé
Assistance vie quotidienne	Néant	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
- Prévaésio Le service de prévention d'AÉSIO mutuelle	Néant	OUI	OUI	Accès depuis votre espace adhérent : actions à distance ou en présentiel, dispositif dédié au cancer...

* 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 Maîtrisée / 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.