

# PREVOYANCE MUTUALISTE



Ile-de-France

**2024 - Agents  
D'états – Territoriaux -  
Hospitaliers IDF**

## Protection Santé

Votre complémentaire santé  
en partenariat avec  
votre collectivité

Contrats  
labellisés

Éligibles à la  
participation  
employeur

deuxieme  
**avis.fr**

**VOS AVANTAGES**

**M | Medaviz**

**un avis de médecin spécialisé en moins de 7 jours,  
sans vous déplacer !**

Grâce à deuxiemeavis.fr, obtenez en moins de 7 jours l'avis sur dossier  
d'un médecin spécialisé dans votre pathologie :

- +300 médecins spécialisés
- +700 maladies couvertes  
(dont maladies du rachis, endométriose, cancers, acouphènes...)
- 30% d'opérations ou traitements inutiles évités en cas de divergence

UN MÉDECIN  
**disponible**  
par téléphone 24h/24 et 7j/7

PREVOYANCE  
MUTUALISTE  
Ile de France

- > La solution simple et rapide pour répondre à vos questions médicales
- > Service inclus dans votre garantie santé

**M | Medaviz**

ligne dédiée  
**09 74 99 02 54**



**PRÉCISIONS SUR LES REMBOURSEMENTS :** Les Taux de remboursements, indiqués dans la présente grille, s'appliquent lorsque l'assuré a respecté le parcours de soins coordonnés. Hors du parcours de soins, et selon la situation, le R.O modifie certains de ses taux ou tarifs de responsabilité qui ne sont pas compensés par la Mutuelle. Les remboursements de la Mutuelle respectent le cahier des charges du « Contrat Responsable » (Art.L871-1 du code de la S.S) et s'appliquent à l'ensemble des soins et actes, qu'ils soient ou non effectués dans le cadre du parcours de soins. Toutefois, la Mutuelle ne prend en charge aucun dépassement d'honoraires hors parcours de soins coordonnés, ni la majoration de participation appliquée par le R.O aux actes et prescriptions hors du parcours de soins coordonnés, ni la majoration d'honoraires et actes externes réalisés par les praticiens hospitaliers hors du parcours de soins coordonnés, les actes hors nomenclature et la participation forfaitaire de 1€ instaurée par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 définie à l'article L322-2 du code de la S.S ainsi que les franchises mentionnées au III de l'article L322-2 ne sont pas pris en charge par la Mutuelle. En cas de pluralité d'assureurs, les dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 13 août 1990 s'appliquent.

Lexique : RO = régime obligatoire - BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale - TM = Ticket modérateur (Différence entre le TC et le remboursement RO) TC = Tarif de Convention - OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée

(1) Les forfaits sont annuels (de date à date) et par bénéficiaire. Pour les seuls bénéficiaires âgés de 16 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement (une monture et deux verres) tous les deux ans, forfait monture et verres de classe B : par bénéficiaire 250 € en CT12, 325 € en CT17 et 400 € en CT20, sauf modification de la correction visuelle (période de un an). Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de l'achat du dernier équipement optique. Le remboursement de la monture ne peut excéder 100 € (inclus dans les plafonds limites). Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Toute modification du taux de remboursements de la Sécurité sociale sur l'équipement optique est susceptible d'entraîner une modification de la garantie optique afin de respecter les plafonds prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

(2) Prothèses Dentaires (hors TM): limitée 800 €/an en option CT12; 1000 €/an en option CT17; 1500 €/an en option CT20. Montants par bénéficiaire.

(3) Dépassements d'honoraires chirurgicaux calculés sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale, sur présentation du bulletin de situation et de la facture de l'établissement.

(4) Chambre Particulière en médecine, chirurgie, convalescence, maternité limitée à 30 jours /an en option CT12 et CT17 ; 45 jours /an en CT20 . (5) Forfait naissance : montant maximum alloué sur présentation de justificatifs de dépenses liées au séjour à la maternité, dépassement d'honoraires péridurale, dépassement chambre particulière, TV... Quelque soit le nombre d'enfant (6) Médecine douce limitée à 6 actes par année civile sur présentation d'une facture acquittée : Ostéopathie ; Chiropractie ; Acupuncture ; Etiopathie ; Diététique ; Naturopathe ; Kinésiologie ; Sophrologie ; Réflexologie ; Pédicurie/Podologue ; Homéopathie (Préparations non remboursés) ;

(7) Aides auditives Classe II remboursement RO + Mutuelle plafonné à 1700 € par oreille, remboursement tous les 4 ans.

\*100% Santé (Tels que définis réglementairement) Optique : Le remboursement de la monture de classe A est plafonné à 30 €. Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €. Les montants sont exprimés y compris le remboursement du R.O. Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et les suppléments pour verres avec filtres à hauteur du ticket modérateur. La date pour le renouvellement est celle de la dernière acquisition. La période est ramenée à 1 an pour les mineurs de moins de 16 ans ou pour une dégradation des performances oculaires. Dentaire : dans la limite des honoraires limite de facturation. Auditif : La date pour le renouvellement est celle de la dernière acquisition pour une période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions de la liste prévue à l'article L 165-1.

(\*\*) Prestations décrites dans le dépliant « Assistance », Deuxiemeavis.fr & Medaviz en inclusion 100% pris en charge par la mutuelle. (Renseignements auprès de nos collaboratrices)

**2024 – Agents Etats -Territoriaux - Hospitaliers IDF**

**BARÈME DE PRESTATIONS au 01/01/2024**

Remboursement Régime Obligatoire + Mutuelle

CT12

CT17

CT20

**PRESTATIONS MÉDICALES** <sup>(3)</sup> *Prise en charge de la franchise de 24 € pour tout acte supérieur à 120 €*



|  |          |          |          |
|--|----------|----------|----------|
| Consultations, visites généraliste OPTAM   | 125 % Br | 170 % Br | 200 % Br |
| Consultations, visites généraliste NON OPTAM   | 100 % Br | 130 % Br | 160 % Br |
| Consultations, visites spécialiste, npsy OPTAM                                       | 125 % Br | 170 % Br | 200 % Br |
| Consultations, visites spécialiste, npsy NON OPTAM                                   | 100 % Br | 130 % Br | 160 % Br |
| Actes de spécialistes (hors hospitalisation) OPTAM                                   | 125 % Br | 170 % Br | 200 % Br |
| Actes de spécialistes (hors hospitalisation) NON OPTAM                               | 100 % Br | 130 % Br | 160 % Br |
| Radiologie, Scanner, Echographie OPTAM   | 125 % Br | 170 % Br | 200 % Br |
| Radiologie, Scanner, Echographie NON OPTAM   | 100 % Br | 130 % Br | 160 % Br |
| Laboratoire et prélèvements  | 125 % Br | 170 % Br | 200 % Br |
| Auxiliaires médicaux : Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie, Soins Infirmiers, ... | 125 % Br | 170 % Br | 200 % Br |
| Pharmacie (vignettes : blanches, bleues, oranges)                                    | TM       | TM       | TM       |
| Orthopédie et autres appareillages   | 225 % Br | 250 % Br | 275 % Br |

**OPTIQUE** <sup>(1)</sup>

**Montures & Verres de Classe A 100% Santé\***



Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé

|  |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|
| Forfait Monture & Verres de Classe B (hors 100% santé) Monture limitée à 80 €<br>Verres Simples de Classe B Complexes & Très Complexes de Classe B | 250 € | 325 € | 400 € |
| Lentilles  | 50 €  | 75 €  | 100 € |

**AIDES AUDITIVES**

**Prothèses auditives Classe I 100% Santé\***



Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé

|  |          |          |          |
|--|----------|----------|----------|
| Prothèses auditives Classe II (par oreille appareillée) <sup>(7)</sup> | 225 % Br | 300 % Br | 300 % Br |
| Accessoires auditifs, piles  | 75 €     | 100 €    | 125 €    |

**DENTAIRE** <sup>(2)</sup>

**Soins & Prothèses Dentaires 100% Santé\***



Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé

|  |            |             |             |
|--|------------|-------------|-------------|
| Soins dentaires, Inlay-Onlay, Détartrage complet (à prix modéré ou à prix libre) | 125 % Br   | 170 % Br    | 200 % Br    |
| Prothèses dentaires : dent visible (remboursées par le RO)                       | 250 % Br   | 300 % Br    | 400 % Br    |
| Prothèses dentaires : dent non visible (remboursées par le RO)                   | 200 % Br   | 250 % Br    | 350 % Br    |
| Prothèses transitoires   | 100 % Br   | 100 % Br    | 100 % Br    |
| Inlays – Core  | 250 % Br   | 350 % Br    | 350 % Br    |
| Orthodontie acceptées R.O (par semestre)   | 250 % Br   | 350 % Br    | 400 % Br    |
| Implantologie (Forfait Annuel)   | 400 € / an | 500 € / an  | 600 € / an  |
| Plafond dentaire (hors soins et TM / hors 100% santé)                            | 800 € / an | 1000 € / an | 1500 € / an |

**HOSPITALISATION** *Prise en charge de la franchise de 24 € pour tout acte supérieur à 120 €*

|  |                |             |             |
|--|----------------|-------------|-------------|
| Frais Hospitaliers, Frais de salle, (Analyses, radiologie, Aux. Médicaux)                    | 100 % du Br    | 100 % du Br | 100 % du Br |
| Honoraires Médecins & Chirurgiens (Actes de Chirurgie, Anesthésie) OPTAM <sup>(3)</sup>      | 125 % du Br    | 170 % du Br | 200 % du Br |
| Honoraires Médecins & Chirurgiens (Actes de Chirurgie ; Anesthésie) Non OPTAM <sup>(3)</sup> | 105 % Br       | 150 % Br    | 180 % Br    |
| Forfait journalier (tarif en vigueur)  | Illimité       | Illimité    | Illimité    |
| Chambre particulière <sup>(4)</sup>  | 50 € / jour    | 60 € / jour | 70 € / jour |
| Hospitalisation en ambulatoire   | 25 €           | 25 €        | 35 €        |
| Lit accompagnant (jusqu'à 16 ans - 30 jours/an)  | 19.50 € / jour | 23 € / jour | 23 € / jour |
| Frais de transport (acceptés R.O.)   | 100 % Br       | 100 % Br    | 100 % Br    |

**ACTES DE PRÉVENTION**

|   |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|
| Dépistage de l'Hépatite B / Vaccinations / Dispositif mon Psy | 100 % Br | 100 % Br | 100 % Br |
| Dépistage des troubles de l'audition (+50 ans)                | 100 % Br | 100 % Br | 100 % Br |
| Ostéodensitométrie remboursée (femmes + 50ans)                | 100 % Br | 100 % Br | 100 % Br |
| Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.                 | 20 €     | 30 €     | 30 €     |

**PRIMES FORFAITS**

|   |               |               |               |
|---|---------------|---------------|---------------|
| Cure thermale acceptée R.O <sup>(1)</sup> : Frais médicaux - Hébergements et transports   | TM + 300 €    | TM + 382 €    | TM + 400 €    |
| Forfait Naissance <sup>(5)</sup>  | 153 €         | 305 €         | 305 €         |
| Vaccin non remboursé <sup>(1)</sup>   | 11 €          | 14 €          | 14 €          |
| Pack confort & Médecine Douce <sup>(6)</sup>  | 20 € / séance | 25 € / séance | 30 € / séance |
| Médicaments non pris en charge sur prescription médicale<br>(Remboursement sur présentation d'une facture pour tous médicaments inscrit au Vidal) | 60 € / an     | 90 € / an     | 120 € / an    |

**ASSISTANCE**

|  |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|
| **Assistance à domicile, Protection Juridique Santé, | Oui | Oui | Oui |
| Deuxiemeavis.fr / Medaviz (téléconsultation)         | Oui | Oui | Oui |
| Carte de Tiers Payant                                | Oui | Oui | Oui |

# Complémentaire Santé AGENTS TERRITORIAUX CT

Document d'information sur la garantie Mutuelle

Le contrat « Santé » est assuré par PMIF, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du

Code de la Mutualité, immatriculée en France sous le numéro SIREN 785 873 852

La gestion des prestations d'assistance Santé sont garanties par Filassistance International

La gestion des prestations de protection juridique «Préjudis Santé» sont assurées par Covéa Protection Juridique

La gestion des prestations de MEDAVIZ «téléconsultation» sont assurées par Medaviz

La gestion des prestations de 2<sup>ème</sup> AVIS «avis médecin» sont assurées par 2<sup>ème</sup> AVIS

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat complémentaire Santé AGENTS TERRITORIAUX CT permet le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie ou à un accident, en complément du régime obligatoire. Cette garantie est responsable.



### Qu'est ce qui est assuré ?

- ✓ **Hospitalisation** (médecine, chirurgie, convalescence, maternité) : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, radiographie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux
- ✓ **Frais optique** : Lunettes (monture et verres) lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires, inlay-onlay, inlays core, orthodontie et implants
- ✓ **Appareillages** remboursés par la Sécurité Sociale : audioprothèses, prothèses et orthèses, petits et gros appareillages
- ✓ **Actes de prévention** : densitométrie osseuse, vaccins antigrippal, cure, médicaments non pris en charge RO sur prescription médicale
- ✓ **Médecine Douce et actes de confort** : Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Étio-pathe, Naturopathe, Diététicien, Réflexologue, Podologue, Hypnose ; Shiatsu ; Sophrologue, Kinésiologue, homéopathe

### Les services systématiquement prévus sont les suivants :

- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission.
- ✓ Assistance santé Filassistance (24h/7j)
- ✓ Protection Juridique Santé
- ✓ Deuxiemeavis.fr
- ✓ Medaviz (téléconsultation)
- ✓ Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



### Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les séjours en EHPAD ou en MAS
- ✗ Les sports extrêmes
- ✗ Les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion.
- ✗ Les frais de séjours : les actes et/ou interventions non pris en charge par les organismes du régime de base obligatoire.



### Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- ! la majoration de participation de l'assuré visée à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (absence de désignation d'un médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ainsi que la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation, visée à l'article L.1111-15 du code de la santé publique, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- ! la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L 162.5 du Code de la Sécurité sociale.
- ! Hospitalisation chirurgicale à caractère esthétique non pris en charge

### Principales Restrictions

- ! Chambre particulière : remboursement limité en montant et en durée suivant l'option ou la formule choisie.
- ! Optique adulte : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans (sauf évolution de la vue remboursement possible tous les ans)
- Optique enfant : moins de 16 ans, remboursement possible tous les ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans
- ! Remboursements dentaires limités à un plafond annuel (prothèses remboursées par la Sécurité sociale) variable suivant la Formule choisie.
- ! Appareillage auditif : remboursement limité pour une période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire
- ! Médecine non-conventionnelle: remboursement limité à 6 séances par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues



## Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, ainsi que dans les DROM
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'Assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée



## Quelles sont mes obligations ?

- ✓ A la souscription :

Être affilié à un régime obligatoire français d'assurance-maladie.

Remplir avec exactitude la demande d'adhésion et la signer, et fournir l'ensemble des pièces complémentaires demandées.

- ✓ Durant le contrat :

Payer la cotisation prévue au contrat.

Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat.

Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.

Signaler tout changement de situation ( régime de sécurité sociale d'une des personnes garanties, changement de domicile ou de situations familiales, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires du contrat et de la cotisation initialement prévue.



## Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

- ✓ La cotisation est appelée annuellement et payable d'avance à l'assureur selon la périodicité et les termes convenus dans le calendrier de paiement, par chèque ou prélèvement automatique : un paiement fractionné peut être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ L'adhésion prend effet, à l'égard de l'ensemble des assurés, à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.
- ✓ En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).



## Comment puis-je résilier mon contrat ?






### **Le contrat peut être résilié par lettre recommandée avec accusé de réception :**

- ✓ A l'échéance annuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard. La démission prend effet au 1er jour de l'année suivante.
- ✓ En cas d'augmentation des cotisations, la loi Chatel vous permet de disposer d'un délai de 20 jours à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance cachet de la poste faisant foi.
- ✓ L'Adhérent, qui bénéficie d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire par le biais de son entreprise, peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation de l'employeur et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. La résiliation de la garantie prend effet au plus tôt au 1er jour du mois qui suit la notification par l'Adhérent de sa demande dûment justifiée.
- ✓ Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 : Vous disposez de la faculté de dénoncer votre adhésion à tout moment, si votre contrat santé a plus d'un an. Votre demande doit être adressée à la Mutuelle, soit par courrier, par déclaration contre récépissé à notre siège ou par tout autre support durable.

# Lisibilité des Garanties

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



| Garantie LABEL CT  | Montant de la Dépense engagée         | Base de Remboursement de l'Assurance Maladie | Prise en charge de la part du Régime Obligatoire (CPAM-MSA-MFP) | OPTION               | Prise en Charge Part PMIF      | Reste à Votre charge             |
|--|---------------------------------------|--|---|----------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <b>HOSPITALISATION</b>   |                                       |  |   |                      |                                |                                  |
|  Forfait Journalier : Hospitalisation de 5 journées en chirurgie ou en observation médicale                         | 100,00 €                              | 0,00 €                                       | 0,00 €  | CT12                 | 100,00 €                       | 0,00 €                           |
|  |                                       |  |   | CT17                 | 100,00 €                       | 0,00 €                           |
|  |                                       |  |   | CT20                 | 100,00 €                       | 0,00 €                           |
| Dépassement d'Honoraires du Chirurgien, de l'Anesthésiste (adhérant à la DPTAM*) en clinique pour une opération de l'appendicite   | 476,79 € soit un dépassement de 300 € | 176,79 €                                     | 176,79 €  | CT12<br>CT17<br>CT20 | 44,20 €<br>44,20 €<br>123,75 € | 255,80 €<br>255,80 €<br>176,25 € |
| <b>OPTIQUE</b>   |                                       |  |   |                      |                                |                                  |
|  Equipement optique comprenant une monture et 2 verres (verres unifocaux) de Classe A dans le cadre du 100% santé | 125,00 €                              | 37,50 €                                      | 22,50 €   | CT12                 | 102,50 €                       | 0,00 €                           |
|  |                                       |  |   | CT17                 | 102,50 €                       | 0,00 €                           |
|  |                                       |  |   | CT20                 | 102,50 €                       | 0,00 €                           |
| Equipement optique comprenant une monture et 2 verres (verres unifocaux) de Classe B Prix de Vente Libre   | 432,00 €                              | 0,15 €                                       | 0,09 €  | CT12                 | 249,91 €                       | 182,00 €                         |
|  |                                       |  |   | CT17                 | 324,91 €                       | 107,00 €                         |
|  |                                       |  |   | CT20                 | 399,91 €                       | 32,00 €                          |
| <b>DENTAIRE</b>  |                                       |  |   |                      |                                |                                  |
|  Pose d'une couronne céramo-métallique 100% santé (sur incisives, canines ou prémolaires)                         | 500,00 €                              | 120,00 €                                     | 72,00 €   | CT12                 | 428,00 €                       | 0,00 €                           |
|  |                                       |  |   | CT17                 | 428,00 €                       | 0,00 €                           |
|  |                                       |  |   | CT20                 | 168,00 €                       | 0,00 €                           |
| Pose d'une couronne céramo-métallique tarif maîtrisé dent visible  | 650,00 €                              | 120,00 €                                     | 72,00 €   | CT12                 | 228,00 €                       | 350,00 €                         |
|  |                                       |  |   | CT17                 | 188,00 €                       | 290,00 €                         |
|  |                                       |  |   | CT20                 | 408,00 €                       | 170,00 €                         |
| <b>AIDES AUDITIVES (adulte)</b>  |                                       |  |   |                      |                                |                                  |
|  Aide Auditive de Classe I par oreille (équipement 100% Santé)  | 900,00 €                              | 400,00 €                                     | 240,00 €  | CT12                 | 660,00 €                       | 0,00 €                           |
|  |                                       |  |   | CT17                 | 660,00 €                       | 0,00 €                           |
|  |                                       |  |   | CT20                 | 660,00 €                       | 0,00 €                           |
| Aide Auditive de Classe II par oreille   | 1300,00 €                             | 400,00 €                                     | 240,00 €  | CT12                 | 500,00 €                       | 400,00 €                         |
|  |                                       |  |   | CT17                 | 960,00 €                       | 100,00 €                         |
|  |                                       |  |   | CT20                 | 960,00 €                       | 100,00 €                         |
| <b>SOINS COURANTS</b>  |                                       |  |   |                      |                                |                                  |
|  Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraire (adhérant à un DPTAM*)               | 26,50 €                               | 26,50 €                                      | 18,55 €   | CT12                 | 7,95 €                         | 0,00 €                           |
|  |                                       |  |   | CT17                 | 7,95 €                         | 0,00 €                           |
|  |                                       |  |   | CT20                 | 7,95 €                         | 0,00 €                           |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérant à un DPTAM*)  | 55,00 €                               | 30,00 €                                      | 21,00 €   | CT12                 | 16,50 €                        | 12,50 €                          |
|  |                                       |  |   | CT17                 | 30,00 €                        | 4,00 €                           |
|  |                                       |  |   | CT20                 | 34,00 €                        | 0,00 €                           |
| Acte technique Médical pratiqué en cabinet par un médecin spécialiste en ophtalmologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérant à un DPTAM*)  | 76,00 €                               | 38,90 €                                      | 27,23 €   | CT12                 | 21,40 €                        | 27,37 €                          |
|  |                                       |  |   | CT17                 | 38,90 €                        | 9,87 €                           |
|  |                                       |  |   | CT20                 | 48,77 €                        | 0,00 €                           |
| *DPTAM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé   |                                       |  | Remboursement en moins de la franchise de 1€                    |                      |                                |                                  |
| Données non contractuelles communiquées à titre d'exemple calculés en fonction de la base de remboursement du régime général de l'assurance maladie  |                                       |  |   |                      |                                |                                  |