

ÉCO 2025

BARÈME DE PRESTATIONS

Remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle



PRESTATIONS MEDICALES	ÉCO 1	ÉCO 2	ÉCO 3	ÉCO 4
Consultations ⁽¹⁾ , visites ⁽¹⁾ (généraliste, spécialiste, Npsy) OPTAM	100%	120%	150%	175%
Consultations ⁽¹⁾ , visites ⁽¹⁾ (généraliste, spécialiste, Npsy) NON OPTAM	100%	100%	130%	150%
Actes de spécialistes ⁽¹⁾ (hors hospitalisation) OPTAM	100%	120%	150%	175%
Actes de spécialistes ⁽¹⁾ (hors hospitalisation) NON OPTAM	100%	100%	130%	150%
Radiologie, Scanner, Echographie ⁽¹⁾ OPTAM	100%	120%	150%	150%
Radiologie, Scanner, Echographie ⁽¹⁾ NON OPTAM	100%	100%	100%	130%
Laboratoire et prélèvements	100%	100%	100%	130%
Auxiliaires Médicaux : Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie	100%	100%	100%	130%
Frais de transport acceptés R.O	100%	100%	100%	100%
Pharmacie (vignettes blanches, bleues, orange)	100%	100%	100%	100%
Carte de Tiers Payant VIAMEDIS	OUI	OUI	OUI	OUI
OPTIQUE ⁽²⁾				
Monture et Verres de Classe A (100% Santé)	Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé			
Monture (classe B)	50 €	75 €	80 €	100 €
Verre simple (Classe B)	40 €	50 €	60 €	70 €
Verre complexe (Classe B)	50 €	60 €	75 €	90 €
Verre hyper-complexe (Classe B)	75 €	80 €	90 €	115 €
Lentilles (remboursées ou non remboursées RO / an et / bénéficiaire)	-	50 €	75 €	100 €
APPAREILLAGE				
Prothèses auditives Classe I (100% Santé)	Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé			
Prothèses auditives Classe II (par oreille appareillée) ⁽⁹⁾	100% + 150 €	100% + 250 €	100% + 300 €	100% + 400 €
Orthopédie - Orthèse / Appareil respiratoire / Grand appareillage, fauteuil roulant	100%	125%	175%	200%
Prothèse externes capillaire, mammaire (chirurgie réparatrice)	100% + 150 €	100% + 175 €	100% + 200 €	100% + 250 €
Accessoires auditif, piles	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE ⁽³⁾				
Soins & Prothèses Dentaires (100% Santé)	Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé			
Soins Dentaires à prix modéré ou à prix libre (y compris détartrage annuel)	100%	125%	150%	175%
Prothèses dentaires visibles à prix modéré ou à prix libre acceptées R.O	200%	225%	250%	275%
Prothèses dentaires non visibles à prix modéré ou à prix libre acceptées R.O	125%	150%	175%	200%
Prothèses transitoires - Inlay Core	100%	100%	125%	150%
Prothèses Implantaires	125%	150%	175%	200%
Orthodontie acceptées R.O (par semestre)	150%	200%	225%	250%
Implant dentaire (non remboursées RO /an et /bénéficiaire)	-	300 €	350 €	400 €
HOSPITALISATION				
Frais de structure et de soins	100% du BR	100% du BR	100% du BR	100% du BR
Honoraires chirurgicaux OPTAM ⁽⁴⁾	100% du BR	120% du BR	150% du BR	150% du BR
Honoraires chirurgicaux NON OPTAM ⁽⁴⁾	100% du BR	100% du BR	130% du BR	130% du BR
Forfait Journalier (tarif en vigueur)	illimité	illimité	illimité	Illimité
Chambre Particulière ⁽⁵⁾	-	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour
Hospitalisation en ambulatoire	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour
Lit d'accompagnant (jusqu'à 16 ans dans la limite de 10 jours/an)	-	15 €	20 €	25 €
Prise en charge de la franchise de 24€ pour tout acte supérieur à 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
PRÉVENTION ET AUTRES SOINS				
Cure thermale (+45 ans forfait Annuel) ⁽⁶⁾	-	-	TM + 150 €	TM + 200 €
Frais maternité ⁽⁷⁾	-	100 €	150 €	200 €
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O ⁽¹⁾	-	20 €	30 €	40 €
Pharmacie prescrite inscrite au Vidal, sevrage tabagique, contraceptif (non remboursée R.O***)	-	30 €	40 €	60 €
Vaccins non remboursés (forfait Annuel**)	-	30 €	40 €	60 €
Actes de préventions ⁽¹⁰⁾	100%	100%	100%	100%
Médecine douce ⁽⁸⁾	15 €	20 €	30 €	40 €
Dispositif Mon Psy	INCLUS	INCLUS	INCLUS	INCLUS
Sport / Activité physique ⁽¹¹⁾	-	50 €	60 €	75 €
ASSISTANCE ET SERVICES*				
Assistance à domicile - Protection Juridique Santé	INCLUS	INCLUS	INCLUS	INCLUS
MEDAVIZ (téléconsultation) - DeuxiemeAvis.fr	INCLUS	INCLUS	INCLUS	INCLUS

PREVOYANCE MUTUALISTE ILE - DE - FRANCE

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties incluent le remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO). Les forfaits et plafonds de garantie (hors optique) sont valables par bénéficiaire et par année civile (pas de report d'une année sur l'autre des forfaits ou plafonds non utilisés). Les remboursements sont effectués sans qu'au total l'assuré puisse recevoir une somme supérieure à ses débours réels. Votre contrat respecte la législation sur le parcours de soins et la législation des contrats responsables (article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale complété par le paragraphe II et III). Il ne prend pas en charge la participation de 1 € sur les consultations, la franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, et 2 € par transport.

(1) Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité (125% pour 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

(2) 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, 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 €.

(3) Prothèses dentaires (hors TM) : limites annuelles : 1000 € en option 1 - 1500 € en option 2 - 2000 € en option 3 - 2500 € en option 4.

(4) 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 acquittée.

(5) Chambre particulière en chirurgie, médecine, maternité : pour l'option 2 et 3 : durée maximale de 30 j/an ; pour l'option 4 durée maximale de 45j/an.

Valable également en maison de repos ou de convalescence consécutivement à une hospitalisation chirurgicale. (Hors MAS –EHPAD)

(6) Forfait annuel et par bénéficiaire alloué sur présentation de la facture acquittée. Les forfaits sont annuels (de date à date) et par bénéficiaire.

(7) Maternité : montant maximum alloué sur présentation de justificatifs de dépenses liées au séjour en maternité (dépassements d'honoraires péridurale, chambre particulière, TV...).

(8) Médecine douce option 1 : ostéopathie, diététique, Pédiatrice-Podologue => 4 séances par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues

Médecine douce option 2,3,4 : ostéopathie, diététique, sophrologie, homéopathie (préparations non remboursées) Pédiatrice-Podologue => => 4 séances par an et par bénéficiaire

toutes spécialités confondues

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

(10) Dépistage des troubles de l'audition (+50 ans) - Dépistage de l'Hépatite B - Ostéodensitométrie remboursée (femmes + 50 ans) - Vaccinations – Dispositif mon Psy

(11) Sport/Activité physique – forfait annuel sur prescription médicale – remboursement sur présentation de facture annuelle acquittée

Lexique : RO= régime obligatoire - REC = reconstruite - BR = Base de remboursement de la sécurité sociale - TM = ticket modérateur (montant restant à la charge de l'assuré après le remboursement RO) OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.

*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)

** Vaccinations : diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges), Haemophilus Influenzae B, Infection invasive à pneumocoques.

*** Sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.



VOS AVANTAGES



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

ligne dédiée 09 74 99 02 54

- **Plus d'écoute**
- **Plus de facilité**
- **Plus de services**
- **Plus de souplesse**

Des études et des solutions personnalisées - Des conseillers spécialisés

Des conditions de souscriptions simplifiées - Appli mobile / Une consultation de vos remboursements sur Internet

Une assistance santé à domicile (aide ménagère...) - Deuxiemeavis - Medaviz *téléconsultation*

Aucune avance de frais (tiers payant national) chez tous les professionnels de santé acceptant cette pratique

Liaisons directes avec les caisses de régime obligatoire (CPAM, RSI, MGEN...)

Complémentaire Santé ÉCO

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^{ème} AVIS «avis médecin» sont assurées par 2^{ème} 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 ÉCO 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 (chirurgie, médecine, maternité, convalescence) : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations, visites médecins, radiographie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux
- ✓ Frais optique : Lunettes (monture, verres) lentilles de contact
- ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires, inlay-onlay core, orthodontie et implants
- ✓ Appareillages remboursés par la Sécurité Sociale : audioprothèses, prothèses et orthèses, petits et gros appareillages
- ✓ Actes de prévention : cure thermale, frais maternité, ostéodensitométrie osseuse, vaccins, substitut nicotinique, pilule contraceptive, dépistage des troubles de l'audition, dépistage Hépatite B, dispositif mon Psy
- ✓ Médecine Douce et actes de confort : ostéopathie, diététique, sophrologie, homéopathie (préparations non remboursées) Pédicurie-Podologue (selon l'option choisie)
- ✓ Sport / Activité physique : forfait annuel sur prescription médicale

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)



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ 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 ; les hospitalisations classées en long séjour par l'Assurance Maladie.
- ! Les séjours et frais au sein d'établissements médico-sociaux (ex : M.A.S. Maison d'Accueil Spécialisé – EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

Principales Restrictions

- ! Chambre particulière : remboursement limité en montant et en durée suivant l'option ou la formule choisie.
- ! Optique : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans (remboursement possible tous les ans et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans)
- ! Prothèses dentaires, implants et orthodontie : remboursements limités à un plafond annuel (prothèses remboursées par la Sécurité sociale) par an (prothèses dentaires et orthodontie non 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 4 séances et un forfait en euros par an et par bénéficiaire (variable suivant la formule choisie).



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 ÉCO	OPTION	Montant de la Dépense engagée	Base de Remboursement de l'Assurance Maladie	Prise en charge de la part du Régime Obligatoire (CPAM- MSA- MFP)	Prise en Charge Part PMIF	Reste à Votre charge
HOSPITALISATION						
 Forfait Journalier : Hospitalisation de 10 journées en chirurgie ou en observation médicale	1	200,00 €	0,00 €	0,00 €	200,00 €	0,00 €
	2	200,00 €	0,00 €	0,00 €	200,00 €	0,00 €
	3	200,00 €	0,00 €	0,00 €	200,00 €	0,00 €
	4	200,00 €	0,00 €	0,00 €	200,00 €	0,00 €
Chambre particulière en chirurgie, médecine, maternité, *maison de repos ou convalescence – 10 jours <i>*Consécutives à une hospitalisation chirurgicale</i>	1	600,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	600,00 €
	2	600,00 €	0,00 €	0,00 €	400,00 €	200,00 €
	3	600,00 €	0,00 €	0,00 €	500,00 €	100,00 €
	4	600,00 €	0,00 €	0,00 €	600,00 €	0,00 €
Dépassement d'Honoraires du Chirurgien, de l'Anesthésiste (adhérant à la DPTAM*)	1	481,29 €	281,29 €	281,29 €	0,00 €	200,00 €
	2	481,29 €	281,29 €	281,29 €	56,25 €	143,75 €
	3	481,29 €	281,29 €	281,29 €	140,64 €	59,36 €
	4	481,29 €	281,29 €	281,29 €	140,64 €	59,36 €
Dépassement d'Honoraires du Chirurgien, de l'Anesthésiste (non adhérant à la DPTAM*)	1	481,29 €	281,29 €	281,29 €	0,00 €	200,00 €
	2	481,29 €	281,29 €	281,29 €	0,00 €	200,00 €
	3	481,29 €	281,29 €	281,29 €	84,38 €	115,62 €
	4	481,29 €	281,29 €	281,29 €	84,38 €	115,62 €
OPTIQUE						
 Equipement optique comprenant une monture et 2 verres (verres complexes) de Classe B Prix de Vente Libre	1	420,00 €	0,15 €	0,09 €	149,91 €	270,00 €
	2	420,00 €	0,15 €	0,09 €	194,91 €	225,00 €
	3	420,00 €	0,15 €	0,09 €	229,91 €	190,00 €
	4	420,00 €	0,15 €	0,09 €	279,91 €	140,00 €
DENTAIRE						
 Pose d'une Prothèse RAC modéré + inlay-core (dent visible)	1	725,00 €	210,00 €	126,00 €	294,00 €	305,00 €
	2	725,00 €	210,00 €	126,00 €	346,00 €	253,00 €
	3	725,00 €	210,00 €	126,00 €	399,00 €	200,00 €
	4	725,00 €	210,00 €	126,00 €	451,50 €	147,50 €
Orthodontie acceptée RO – 16 ans	1	600,00 €	193,50 €	193,50 €	96,75 €	309,75 €
	2	600,00 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	213,00 €
	3	600,00 €	193,50 €	193,50 €	241,87 €	164,63 €
	4	600,00 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	116,25 €
AIDES AUDITIVES (adulte)						
 Aide Auditive de Classe II par oreille	1	1000,00 €	400,00 €	240,00 €	310,00 €	450,00 €
	2	1000,00 €	400,00 €	240,00 €	410,00 €	350,00 €
	3	1000,00 €	400,00 €	240,00 €	460,00 €	300,00 €
	4	1000,00 €	400,00 €	240,00 €	560,00 €	200,00 €
SOINS COURANTS						
 Consultation d'un médecin traitant généraliste (adhérant à un DPTAM*)	1	30,00 €	30,00 €	19,00 €*	9,00 €	0,00 €
	2	30,00 €	30,00 €	19,00 €*	9,00 €	0,00 €
	3	30,00 €	30,00 €	19,00 €*	9,00 €	0,00 €
	4	30,00 €	30,00 €	19,00 €*	9,00 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en dermatologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérant à un DPTAM*)	1	90,00 €	60,00 €	38,50 €*	18,00 €	30,00 €
	2	90,00 €	60,00 €	38,50 €*	30,00 €	18,00 €
	3	90,00 €	60,00 €	38,50 €*	48,00 €	0,00 €
	4	90,00 €	60,00 €	38,50 €*	48,00 €	0,00 €
*DPTAM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé Données non contractuelles communiquées à titre d'exemple calculés en fonction de la base de remboursement du régime général de l'assurance maladie				Franchise de 2 € non remboursés par la mutuelle		