

OPTION PLENIITUDE

Secteur conventionné ou non conventionné - dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans la limite des frais engagés.
Le contrat est responsable et solidaire.

 <p align="center">PRESTATIONS 2025 CONTRAT LABEL FONCTION PUBLIQUE</p>	REGIME OBLIGATOIRE	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE OPTION PLENIITUDE
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux :		
Consultations - visites : généralistes et spécialistes signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	150% BR
Consultations - visites : généralistes et spécialistes non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	130% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	150% BR
Actes techniques médicaux KC, ATM, ADC non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	130% BR
Forfait pour les actes dits "lourds" y compris les soins courants ci-dessous :	-	24 €
Honoraires paramédicaux :		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...)	60% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoires :		
Analyses médicales remboursées	60% BR	120% BR
Analyses, examen prescrits non remboursés par le R.O (forfait annuel)	-	-
Imageries médicales :		
Imageries médicales signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	150% BR
Imageries médicales non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	70% BR	130% BR
Matériel médical :		
Appareillages, prothèses remboursés par le R.O	60% BR	250% BR
Prothèses mammaires ou capillaires	100% BR	100% BR + 150 €
Transports, ambulances :		
Transport remboursé par le R.O	55% BR	100% BR
Pharmacie :		
Service médical rendu (SMR) important	65% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) modéré	30% BR	100% BR
Service médical rendu (SMR) faible	15% BR	100% BR
Pharmacie prescrite non remboursée (forfait annuel)	-	-
Vaccin anti grippal	-	8,00 €
Vaccins non remboursés, amniocentèse, moyens de contraception, bilan nutritionniste, fécondation in vitro, tous les produits de sevrage tabagique (sauf cigarette électronique) (y compris hypnose dans le cadre du sevrage tabagique) non remboursés	-	40 €/an (forfait global par bénéficiaire pour l'ensemble des prestations citées)
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	80% ou 100% BR	100% BR
Honoraires et actes chirurgicaux signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	80% ou 100% BR	150% BR
Honoraires et actes chirurgicaux non signataires de l'OPTAM ou OPTAM CO (1)	80% ou 100% BR	130% BR
Forfait journalier hospitalier illimité(2)	-	20 €
Forfait journalier psychiatrie illimité (2)	-	15 €
Chambre particulière Médecine, Chirurgie et maternité, limitée à 60 jours par an	-	55 €/ jour
Chambre particulière en psychiatrie, limitée à 45 jours par an	-	55 €/ jour
Frais d'accompagnement - 16 ans et + 70 ans ou handicapé, limité à 12 jours par an	-	40 €/jour
Forfait pour les actes dits "lourds"	-	24 €
Forfait patient urgences (FPU) (3)	-	19,61 €
DENTAIRE (SAUF HORS NOMENCLATURE)		
Soins et prothèses 100% santé***	60% ou 70% BR	Prise en charge intégrale sans dépassement du prix limite de facturation
Soins et prothèses - Panier maîtrisé** (Dans la limite des honoraires limites de facturation)	60% ou 70% BR	280% BR
Dentaire - prothèses panier libre :		
Soins, actes chirurgicaux dentaires, inlays-onlays, parodontologie remboursés par le R.O	60% ou 70% BR	120% BR
Prothèses dentaires, inlay-core remboursés par le R.O - Panier libre **	60% ou 70% BR	280% BR
Prothèses, actes dentaires non remboursés par le R.O	-	200 €
Implantologie dentaire non remboursée par le R.O (par an)	-	400 €
Parodontologie non remboursée par le R.O (par an) y compris bilan parodontologique	-	200 €
Orthodontie non remboursée par le R.O	-	200 €
Orthodontie remboursée par le R.O	60%/70% ou 100% BR	250% BR
OPTIQUE : Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu règlementairement.		
Equipements 100% santé (classe A) ** (4)	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV)
Suppléments et prestations optiques (Classe A) (4)	60% BR	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du Ticket Modérateur lorsqu'il n'existe pas de PLV)

 <p style="text-align: center;">PRESTATIONS 2025 CONTRAT LABEL FONCTION PUBLIQUE</p>	REGIME OBLIGATOIRE	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE OPTION PLENTUDE
Equipement Classe B et autres prestations optiques :		
Monture (4)	60% BR	90,00 €
Verres simples (4)	60% BR	90 €/verre
Verres complexes (4)	60% BR	120 €/verre
Verres très complexes (4)	60% BR	170 €/verre
Lentilles remboursées ou non remboursées par le R.O	60% ou 0% BR	100% ou 0% BR + 120 €/an
Chirurgie réfractive (par œil et par an)	-	200 €
Suppléments et prestations optiques	60% BR	100% BR
AIDES AUDITIVES****		
Equipement 100% santé classe I tous les 4 ans	60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du Prix limite de Vente
Equipement classe II dans la limite de 1700 € par oreille (R.O et Ticket Modérateur inclus) tous les 4 ans	60% BR	300 €/prothèse + 250% BR
Accessoires et réparations remboursés par le R.O	60% BR	100% BR
CURE THERMALE		
Cure thermale remboursée par le R.O	65% BR	100% BR
Forfait Hébergement et Transport pour une cure remboursée par le R.O	-	200 €
MEDECINES DOUCES		
Ostéopathe, Etiopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure, Podologue, Psychomotricien, Homéopathe (praticiens reconnus selon la loi 2003/JO n° 54 du 5 mars 2002), Psychologue, Sexologue, Réflexologue, Sophrologue, Diététicien	-	120 €/an (forfait global par bénéficiaire pour l'ensemble des prestations citées)
PREVENTION		
Les actes de prévention prévus à l'article L871-1 du code de la sécurité sociale sont pris en charge	65% ou 70% BR	100% BR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival en deux séances maxi	70% BR	100% BR
Ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire (sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale) ou non remboursable par le R.O	70% ou 0% BR	100% ou 0% BR + 55 €
Atelier de "prévention"	-	20 €/an (forfait par bénéficiaire)
Dispositif "Mon soutien psy" selon les conditions prévues par le R.O	60% BR	100% BR
Forfait Sport (5)	-	20 €/an
Frais liés aux dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et aux activités de télésurveillance médicale pris en charge au titre de l'article L162-1-23 du code de la sécurité sociale	60% BR	100% BR
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES		
Garantie Assistance Santé Vie Quotidienne (6)	-	Oui 7j/7 -24h/24
Allocation natalité ou adoption par enfant (7)	-	175 €/enfant
Allocations obsèques (7) (8) (9)	-	900 €

R.O : Régime obligatoire BR : Base de remboursement régime obligatoire.

Toutes les prestations de la mutuelle sont versées par bénéficiaires. Les remboursements sont effectués sur la base du régime obligatoire.

(1) OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) ou OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie Obstétrique)

(2) La prise en charge ne s'applique pas aux unités et centres de soins longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et des établissements accueillant les personnes âgées.

(3) Les urgences gynécologiques ne sont pas concernées. Le FPU peut être minoré à 8,49 € sous conditions

(4) La prise en charge des dépenses d'optique comprend un équipement complet (monture et verres) en fonction du niveau de correction et dans la limite des plafonds. Elle est par ailleurs limitée dans les conditions ci-dessous. Le renouvellement anticipé se fera conformément aux règles du contrat responsable.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Pour les patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin). Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...). Pour les patients qui présentent également une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

(5) Le forfait sport est octroyé à tout adhérent (y compris à ses ayants – droit), titulaire d'une licence sportive ou inscrit dans une salle de sport ou sur présentation d'une facture acquittée pour une activité de remise en forme ou acquittée auprès d'un club ou association de danse.

(6) Garantie assurée par l'organisme Fil assistance international immatriculé au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689 n° de téléphone : 09 69 32 03 77

(7) Garanties couvertes auprès de la Mutuelle Générale de Prévoyance (MGP) immatriculée à l'INSEE sous le numéro 337 682 660

(8) L'allocation obsèques est versée conformément à l'article 15-1 du Règlement Mutualiste

(9) Pour les enfants de moins de 12 ans, l'allocation est versée dans la limite des dépenses engagées (art L.223-5 du code de la Mutualité)

** Tels que définis règlementairement.

*** Panier sans reste à charge défini par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes, jusqu'à hauteur des plafonds tarifaires prévus à cet effet.

**** Les conditions de renouvellement seront telles que prévues règlementairement.

Exemple de remboursement⁽¹⁾ PLENITUDE

Contrat de complémentaire santé responsable ⁽²⁾	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) ⁽³⁾	Remboursement du Régime Obligatoire	Remboursement Mutuelle	Reste à charge	Précisions éventuelles
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier	20,00 €	Non remboursé	0,00 €	20,00 €	0,00 €	
Forfait journalier en psychiatrie	15,00 €	Non remboursé	0,00 €	15,00 €	0,00 €	
Chambre particulière (sur demande du patient)	50,00 €	Non remboursé	0,00 €	50,00 €	0,00 €	Prix moyen Mutuelle 2024
Séjour avec actes lourds (L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé)						
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé						
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60 €	24,00 €	0,00 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	434,00 €	271,70 €	271,70 €	159,85 €	2,45 €	
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent OPTAM ou OPTAM-CO)	473,00 €	271,70 €	271,70 €	105,51 €	95,79 €	
Séjour sans actes lourds (L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé)						
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public						
Frais de séjour en secteur public	3 541,00 €	3 541,00 €	2 832,80 €	708,20 €	0,00 €	
Soins courants						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)						
Consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	37,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO						
Consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	50,00 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	54,00 €	37,00 €	23,90 €	28,10 €	2,00 €	2€ = participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)						
Consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans	64,00 €	23,00 €	16,10 €	13,80 €	34,10 €	
Consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, ...)	67,00 €	23,00 €	14,10 €	13,80 €	39,10 €	Participation forfaitaire incluse dans le reste à charge
Matériel médical						
Achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0,00 €	
Dentaire						
100% santé						
Pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 € (Honoraire limite de facturation)	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €	
Couronne Céramo-métallique sur molaires	557,00 €	120,00 €	72,00 €	264,00 €	221,00 €	
Orthodontie (moins de 16 ans) - Traitement par semestre (6 semestres max)	707,00 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	223,25 €	
Optique						
100% santé						
Verres simples (42.50€ par verre) et monture (30€)	115 € (Prix limite de vente)	34,50 €	20,70 €	94,30 €	0,00 €	
Verres progressifs (90€ par verre) et monture (30€)	210 € (Prix limite de vente)	63,00 €	37,80 €	172,20 €	0,00 €	
Hors 100% santé						
Verres simples (110€ par verre) et monture (146€)	366,00 €	0,15 €	0,09 €	269,91 €	96,00 €	
Verres progressifs (243€ par verre) et monture (146€)	632,00 €	0,15 €	0,09 €	329,91 €	302,00 €	
Autres prestations optiques						
Lentilles (NR) - 2 yeux pour 6 mois	78,00 €	Non remboursé	0,00 €	78,00 €	0,00 €	
Opération correctrice de la myopie (2 yeux)	1 400,00 €	Non remboursé	0,00 €	400,00 €	1 000,00 €	
Aides auditives						
100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 € (Prix limite de vente)	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	
Hors 100% santé : par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582,00 €	400,00 €	240,00 €	1 060,00 €	282,00 €	

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.