

**Option facultative**

**GARANTIES SURCOMPLEMENTAIRES  
DE L'AEC ACTIFS**

**Remboursements CCMO**  
Sauf précision, remboursement en plus de la SS et de la complémentaire en % du Tarif de Convention (TC) ou de la Base de remboursement (BR), dans la limite des frais réels

NATURE DES ACTES	CCMO OPTION SP195	CCMO OPTION SP196
<b>MEDECINS CONVENTIONNES et NON CONVENTIONNES</b>		
Consultations, Visites	20 €	30 €
Radiologie <i>plafond/ acte</i>	20 €	30 €
Actes techniques médicaux <i>plafond/ acte</i>	20 €	30 €
Forfait légal sur les actes affectés d'un coefficient $\geq$ à 50 ou d'un TC $\geq$ à 91 €	Frais réels	Frais réels
Auxiliaires médicaux <i>plafond/ acte</i>	20 €	30 €
Analyses médicales <i>plafond/ acte</i>	20 €	30 €
<b>DENTAIRE</b>		
Soins	50%	100%
INLAY/ ONLAY (nomenclaturés soins) (sur présentation de facture)	200%	250%
FRAIS DE PROTHESES DENTAIRES codifiées Sécurité Sociale (acceptées, ou prothèses dentaires nomenclaturées non remboursées) dont INLAY/ ONLAY/ CORE	200%	250%
Implant (maximum de 3 implants/an)(entente préalable obligatoire de la mutuelle) <i>plafond/acte</i>	60 €	120 €
Orthodontie acceptée et refusée par le RO <i>TC</i>	150%	250%
<b>OPTIQUE (1 équipement/ an)</b>		
Montures <i>plafond/bénéf/an</i>	10 €	20 €
Verres <i>plafond/bénéf/an</i>	20 €	30 €
Lentilles acceptées ou refusées par la SS (dont jetables) <i>plafond/bénéf/an</i>	20 €	30 €
Opération laser de la myopie (par œil) <i>plafond/bénéf/an</i>	30 €	60 €
<b>HOSPITALISATION secteur conventionné/ non conventionné</b>		
Honoraires actes de chirurgie	200%	250%
Forfait légal sur les actes affectés d'un coefficient $\geq$ à 50 ou d'un TC $\geq$ à 91 €	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière * <i>plafond/ jour</i>	30 €	50 €
<b>GARANTIES ANNEXES</b>		
Ostéopathe, Acupuncteur, Ostéopathe, Chiropracteur <i>plafond/ séance</i> (maxi 4 séances/an)	10 €	20 €

\* Prise en charge maximum 60 jours/an, maximum 45 jours/ an en psychiatrie

La mise en œuvre de la CCAM (Classification commune des actes médicaux) et de la TAA (Tarification A l'Activité) fera l'objet en cas de besoin d'une modification du présent tableau de garanties.

Les sommes qui viennent en diminution du remboursement effectué par le régime obligatoire ne seront pas prises en charge par la mutuelle.

**Les taux de remboursements exprimés s'entendent dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés**

**MODALITES de PRISE EN CHARGE**

En cas non respect du parcours de soins ou de refus d'accès médical personnel, ne sont pas pris en charge la majoration du ticket modérateur et la contribution forfaitaire de 8 € (ou franchise) prévue par la convention médicale du 12 janvier 2005 en cas de dépassement d'honoraires pratiqués par les médecins du secteur 1 et du secteur 2.

	COTISATIONS MENSUELLES 2008	
	SP195	SP196
ADULTE	19,60 €	29,10 €
ENFANT (gratuité à partir du 3ème)	12,90 €	20,50 €