



	AMO	DYNAMIQUE HSP2 AMO + mutuelle
HOSPITALISATION		
Frais de séjour en établissement public et privé conventionné	80 ou 100%	100% BRSS
+ Forfait hospitalier illimité		20€/jour
+ Forfait hospitalier psychiatrie illimité		15€/jour
Forfait chambre particulière (1)		70€
Forfait frais d'accompagnement hospitalier (2)		20€
Forfait TV, repas (3)		
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecins ayant signé l'OPTAM ou l'OPTAM CO**	80 ou 100%	150% BRSS
Honoraires, actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ADC, ADA, ACO, ATM) - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM ou l'OPTAM CO**	80 ou 100%	130% BRSS
Forfait Hospitalisation obstétricale : prise en charge des frais liés à un accouchement non remboursés par l'AMO dans la limite de : (1) (2) (3)		160€
SOINS COURANTS		
Consultations, téléconsultations, visites généralistes - médecins ayant signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	100% BRSS
Consultations, téléconsultations, visites généralistes - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	100% BRSS
Consultations, téléconsultations, visites spécialistes - médicaux médecins ayant signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	150% BRSS
Consultations, téléconsultations, visites spécialistes - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	130% BRSS
Radiologie, échographie et actes techniques médicaux - médecins ayant signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	150% BRSS
Radiologie, échographie, actes techniques médicaux - médecins n'ayant pas signé l'OPTAM/OPTAM CO**	70%	130% BRSS
Examens de laboratoire (médecins ayant signé ou non l'OPTAM**)	60 ou 70%	100% BRSS
Frais de transport pris en charge par l'AMO		65%
Auxiliaires médicaux		60%
Médicaments à service médical rendu important		65%
Médicaments à service médical rendu modéré		30%
Médicaments à service médical rendu faible		15%
Forfait médicaments prescrits non pris en charge par l'AMO (8)		60€
Vaccination (antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélite...)	65 ou 70%	100% BRSS
Forfait vaccins non pris en charge par l'AMO (anti HPV, rotavirus...) (8)		30€
Dépistage (Hépatite B...)	60%	100% BRSS
Soins externes (hôpitaux publics et privés)		100% BRSS
Forfait patient urgence (FPU)		19,61€
Matériel médical	60 ou 100%	100% BRSS
+ Forfait appareillage pris en charge par l'AMO (8)		200€
OPTIQUE		
Équipement optique Classe A 100% santé (4) (5)		Frais réels
Équipement optique Classe B (tarifs libres pratiqués par l'opticien)		
Forfait monture (5) (6)		50€
Forfait verres simples par verre (5) (6)		40€
Forfait verres complexes par verre (5) (6)		100€
Forfait verres très complexes par verre (5) (6)		100€
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	60%	100% BRSS
Appairage (7)	60%	100% BRSS
Verres avec filtre	60%	100% BRSS
Autres suppléments (prisme, système antiplois, verres isoconiques)	60%	100% BRSS
Lentilles	60%	100% BRSS
+ Forfait lentilles correctrices prise en charge ou non par l'AMO (8)		80€
Forfait basse vision (8)		
Forfait chirurgie laser non remboursée par l'AMO par œil opéré (stage de 12 mois) - ne couvre pas les implants intraoculaires (8)		200€
DENTAIRE		
Soins dentaires	70%	100% BRSS
Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO		
Panier de soins 100% santé (9)		Frais réels
Panier de soins Tarifs Maîtrisés (10)	70%	150% BRSS
Panier de soins Tarifs Libres	70%	150% BRSS
Forfait actes non pris en charge par l'AMO : prothèses, parodontologie et implantologie (8)		350€
Plafond annuel de remboursements par bénéficiaire (appliqué pendant 5 ans hors soins et orthodontie). Si le plafond est atteint le remboursement de la mutuelle est alors limité au ticket modérateur pour les paniers de soins Tarifs Maîtrisés et Tarifs Libres.		1 500€
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100%	175% BRSS
Orthodontie non prise en charge par l'AMO (8)		70€
Scellement des puits, sillons et fissures dentaires (enfants - de 14 ans)	70%	100% BRSS
AIDES AUDITIVES		
Prothèses auditives Classe I - 100% santé (11) (12)		Frais réels
Prothèses auditives Classe II (12)	60 ou 100%	100% BRSS
+ Forfait prothèses auditives remboursées par l'AMO (par oreille et par bénéficiaire)		150€
Piles	60%	100% BRSS
CURES		
Cure thermale	65%	100% BRSS
Honoraires de surveillance	70%	100% BRSS
Forfait Cure Thermale (8) (13)		150€
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES		
Ostéopathie, étio-pathologie, sophrologie, podologue, sexologue, acupuncteur, chiropractien, diététicien, pédicure, psychologue, psychomotricien (montant par séance et nombre de séances par semestre et par bénéficiaire)		3x30€ par semestre
Sport sur ordonnance : prise en charge pour les adhérents atteints d'une affection de longue durée (article L. 322-3 du Code de la sécurité sociale) et recourant aux professionnels qui peuvent dispenser une activité sportive à des patients atteints d'affection de longue durée : coachs APA (activité physique adaptée), les professionnels paramédicaux (masso-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et psychomotriciens), et les personnes certifiées par une fédération sportive.		50€/trimestre
Pillule non prise en charge par l'AMO (8)		30€
Sevrage tabagique (8)		
Densitométrie osseuse (8)		50€
Forfait prévention addictions, consultations santé/travail dans le réseau (8)		
Amniocentèse (8)		50€
Prothèse capillaire et mammaire prise en charge par l'AMO		100% BRSS
+ forfait prothèse capillaire et mammaire prise en charge par l'AMO (8)		200€
Fécondation in-vitro (8)		

Les taux de remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sont mentionnés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision réglementaire. Ils s'entendent sur la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) dans le respect du parcours de soins coordonnés (taux en vigueur du régime général au 01/01/22). Ils peuvent être minorés en fonction des dispositions légales. Les taux de remboursement mentionnés pour la garantie cumulent le remboursement de l'AMO et le remboursement de la mutuelle, dans la limite des frais réellement engagés. Les dépassements d'honoraires hors parcours de soins coordonnés ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Les franchises retenues par l'AMO sur le remboursement des actes médicaux (consultations, actes de biologie...) ne sont pas prises en charge par la mutuelle. La franchise de 24€ pour les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€ est prise en charge intégralement. Ces garanties répondent au cahier des charges des « contrats responsables et solidaires » (instruction DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019). Ces garanties permettent de bénéficier du mécanisme de tiers-payant au moins à hauteur du tarif de responsabilité (y compris le ticket modérateur forfaitisé à 24€) et le forfait journalier hospitalier de manière intégrale et illimitée.

**OPTAM (Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) : OPTAM - OPTAM CO. MODALITÉS DE RÈGLEMENT : la cotisation dépend de la garantie choisie. Elle est annuelle et payable d'avance (paiement par précompte sur salaire, prélèvement mensuel, trimestriel ou annuel). REMBOURSEMENTS : le décompte de Sécurité sociale portera la mention que les remboursements nous ont été transmis. Le remboursement est effectué automatiquement. Si ce n'est pas le cas, présentez l'original du décompte à l'accueil ou adressez-le par courrier à la mutuelle.

• Verres simples :
- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.
• Verres complexes :
- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.
• Verres très complexes :
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(1) Tout type de séjour avec hébergement comportant au moins une nuitée dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité 20 jours par année civile et par bénéficiaire en établissements et services spécialisés (Ex : psychiatrie, repos, gériatrie). (2) En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire inscrit au contrat limité à 30 jours par année civile et par bénéficiaire hospitalisé. Les frais d'accompagnement sont pris en charge lorsque ceux-ci sont facturés au nom du bénéficiaire des soins, assuré par la mutuelle. Pour les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€, la franchise est intégralement prise en charge. (3) En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire inscrit au contrat limité à 30 jours par année civile et par bénéficiaire hospitalisé. Les frais sont pris en charge lorsque ceux-ci sont facturés au nom du bénéficiaire des soins, assuré par la mutuelle. (4) Remboursement sans reste à charge tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (5) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. (6) Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique. (7) Prestation non prise en charge dans le cadre de verres de Classe B (8) Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire. (9) Remboursement sans reste à charge tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (10) Remboursement plafonné aux honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. (11) RAC 0 appelé « 100% santé » : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses auditives exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité dans le respect des prix limites de vente pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée. (12) Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. (13) Remboursements des frais d'hébergement.

DYNAMIQUE HSP2 Contrat d'assurance santé responsable	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20,00€ (15,00€ en service psychiatrique)	0,00€	0,00€	20,00€ (15,00€)	0,00€
Chambre particulière (demandée par le patient)	55,00€	0,00€	0,00€	55,00€ (forfait de 70,00€/jr pendant 30 jrs)	0,00€
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.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24€	24,00€	0,00€
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 794,04€	794,04€	770,04€	24,00€	0,00€
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Honoraires du médecin adhérent à un DPTAM ou l'OPTAM-CO pour une opération chirurgicale de la cataracte	Tarif moyen de 413€	271,70€	271,70€	135,85€	5,45€
Honoraires médecins secteur 2 (non-adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires du chirurgien	Tarif moyen de 451€	271,70€	271,70€	81,51€	97,79€
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	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0,00€
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3333,75€	3333,75€	2667,00€	666,75€	0,00€
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR -1€	30% BR	1€ de participation forfaitaire
Ex : consultation d'un médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25,00€	25,00€	16,50€	7,50€	1,00€
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 6 ans	32,00€	32,00€	21,40€	9,60€	1,00€
Ex : consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30,00€	30,00€	20,00€	9,00€	1,00€
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 1€	30% BR + Dépassement si prévu au contrat	1€ de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans	32,00€	32,00€	21,40€	9,60€	1,00€
Ex : consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44,00€	30,00€	20,00€	23,00€	1,00€
Honoraires médecins secteur 2 (non-adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR -1€	30% BR + Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	1€ de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55,00€	23,00€	15,10€	13,80€	26,10€
Ex : consultation d'un médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	58,00€	23,00€	15,10€	13,80€	29,10€
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,63€	24,40€	14,64€	10,99€	0,00€
DENTAIRE					
Soins et prothèse 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	70% BR	30% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00€
Ex : couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500,00€	120,00€	84,00€	416,00€	0,00€
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38€	43,38€	30,36€	13,02€	0,00€
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	70% BR	30% BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	547,90€	120,00€	84,00€	96,00€	367,90€
Ex : implants	1350,00€	0,00€	0,00€	350,00€	1000,00€
Orthodontie (moins de 16 ans)	Tarif de convention	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	720,00€	193,50€	193,50€	145,13€	381,38€
OPTIQUE					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00€
Ex : verres simples et monture	41,00€ (par verre) + 30,00€ (monture)	12,75€ par verre + 9,00€	7,65€ par verre + 5,40€	33,35€ par verre + 24,60€	0,00€
Ex : verres progressifs et monture	90,00€ (par verre) + 30,00€ (monture)	27,00€ par verre + 9,00€	16,20€ par verre + 5,40€	73,80€ par verre + 24,60€	0,00€
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	100,00€ (par verre) + 139,00€ (monture)	0,05€ par verre + 0,05€	0,03€ par verre + 0,03€	40,00€ (par verre) + 50,00€ (monture)	60,00€ (par verre) + 89,00€ (monture)
Ex : verres progressifs et monture	231,00€ (par verre) + 139,00€ (monture)	0,05€ par verre + 0,05€	0,03€ par verre + 0,03€	100,00€ (par verre) + 50,00€ (monture)	131,00€ (par verre) + 89,00€ (monture)
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge dans le cas général	Pas de prise en charge dans le cas général	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	80,00€	NC
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	200,00€ par œil opéré	NC
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00€
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00€	400,00€	240,00€	710,00€	0,00€
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1534,00€	400,00€	240,00€	310,00€	984,00€

Ce document présente des exemples de remboursement en euros par l'Assurance Maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-télécharger/>)

Siège social et administratif : Maison de la Mutualité - 1 rue François Moisson 13002 Marseille. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité n° SIREN 782 825 368 substituée auprès de Solimut Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité n° SIREN 383 143 617.



Mutuelle
des Services Publics

