

**RESUME DES GARANTIES ET DES TARIFS AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2024**

		DESIGNATION des GARANTIES	100	150	200	220
<b>SOINS COURANTS</b> (conventionnés et non conventionnés)	Consultation - visite - radiologie - honoraires médicaux (adhérent optam /optam-co)	100 %	150 %	200 %	220 %	
	Consultation - visite - radiologie - honoraires médicaux (non adhérent optam /optam-co)	100 %	130 %	180 %	200 %	
	Laboratoire	100 %	100 %	100 %	220 %	
	Auxiliaires Médicaux	100 %	100 %	100 %	100 %	
	Séances de psychologue du dispositif « MonPsy »	100 %	100 %	100 %	100 %	
	Pharmacie à 65% - 60% - 30% - 15%	100 %	100 %	100 %	100 %	
	★ Orthopédie – Appareillage autre qu'auditif (après remboursement du R.O.)	100 %	100 % + 200 €	100 % + 306 €	100 % + 500 €	
<b>HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE</b>  (Forfait hospitalier limité à 60 jours par an en établissements médico-sociaux et séjours autres qu'hospitalisation médicale et chirurgicale. Exclusion de la chambre particulière en séjour psychiatrique.)	Hôpitaux et Cliniques :					
	- Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	
	- Honoraires chirurgicaux (adhérent optam /optam-co)	150 %	150 %	250 %	400 %	
	- Honoraires chirurgicaux (non adhérent optam /optam-co)	100 %	130 %	200 %	200 %	
	Consultation - visite - radiologie - honoraires médicaux (adhérent optam /optam-co)	100 %	150 %	200 %	220 %	
	Consultation - visite - radiologie - honoraires médicaux (non adhérent optam /optam-co)	100 %	130 %	180 %	200 %	
	Maisons de repos et de convalescence	100 %	100 %	100 %	100 %	
	Frais de Transports et Ambulances	100 %	100 %	100 %	100 %	
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Forfait sur les actes médicaux >= 120 Euros - Forfait Patient Urgences (FPU)	Oui	Oui	Oui	Oui	
<b>DENTAIRE</b>	Chambre particulière (maximum 60 jours / an)	20 Euros / jour	40 Euros / jour	76 Euros / jour	76 Euros / jour	
	Lit d'accompagnement (pour enfant de - 12 ans)	-	36 Euros / jour	39 Euros / jour	39 Euros / jour	
	Panier 100% Santé (reste à charge 0) : tels que définis réglementairement					
	Soins et prothèses					
	Panier reste à charge maîtrisé dans la limite des Honoraires Limites de Facturation	150 %	200 %	370 %	400 %	
	Panier tarifs libres :					
	Consultation et soins dentaires	100 %	100 %	150 %	200 %	
	Prothèses dentaires	150 %	200 %	370 %	400 %	
<b>OPTIQUE</b> (verres & monture)  1 plafond / bénéficiaire tous les 2 ans sauf tous les ans pour : - enfant de moins de 16 ans - renouvellement justifié	Pose d'implants dentaires	-	-	300 Euros / an	300 Euros / an	
	Orthodontie acceptée	150 %	200 %	400 %	400 %	
	Orthodontie refusée (plafond semestriel par bénéficiaire)	-	100 Euros	200 Euros	200 Euros	
	Panier Classe A : 100% Santé (reste à charge 0) : tels que définis réglementairement					
	Monture, verres, y compris prestations d'appairage et suppléments pour verres avec filtre					
	Panier Classe B : tarifs libres					
	Monture	100 % TM	100 Euros	100 Euros	100 Euros	
	Verres dits « simples »	50 € / verre	70 € / verre	100 € / verre	150 € / verre	
<b>AIDES AUDITIVES</b>  ( Remboursement maximal R.O et mutuelle plafonné à 1.700 Euros - Renouvellement tous les 4 ans / oreille)	Verres dits « complexes » et verres dits « très complexes »	100 € / verre	120 € / verre	200 € / verre	250 € / verre	
	Lentilles (sur prescription médicale, remboursées ou non par le R.O) (forfait / an)	100 % TM	100 % TM + 40 €	100 % TM + 65 €	100 % TM + 90 €	
	★ Chirurgie de la myopie (non prise en charge par le R.O, par œil)	-	100 Euros	200 Euros	300 Euros	
	Panier Classe 1 : 100% Santé (reste à charge 0) : tels que définis réglementairement					
	Panier Classe 2 : tarifs libres par prothèse					
	pour les + 20 ans révolus	100 % TM	100 % TM + 200 €	100 % TM + 400 €	100 % TM + 500 €	
	pour les 20 ans et moins			100 % TM		
<b>PRESTATIONS DIVERSES</b>	★ CURE THERMALE : (après remboursement du Régime Obligatoire, plafond annuel)	100 % TM	100 % TM + 150 €	100 % TM + 168 €	100 % TM + 250 €	
	Vaccins non remboursables	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
	Détartrage dentaire annuel	100 %	100 %	150 %	200 %	
	★ Sevrage tabagique (après remboursement du R.O, plafond annuel)	50 Euros	50 Euros	50 Euros	50 Euros	
	★ Examen d'ostéodensitométrie non remboursé par le R.O.(plafond annuel)	-	30 Euros	30 Euros	30 Euros	
	★ Médecine douce (ostéopat., étiorpat., chirop., pédicure, diététicien,hypnose) (max 3/an/bén)	35 Euros / séance	35 Euros / séance	35 Euros / séance	35 Euros / séance	
	MATERNITE : frais liés à l'accouchement ou à l'adoption (doublement pour gémellaire)	50 Euros	92 Euros	184 Euros	275 Euros	
	ASSISTANCE : assistance à domicile - Téléconseil / téléconsultation 24h/24, 7j/7			Gratuite pour tous		

### Les plafonds s'entendent par année civile et par bénéficiaire.

**Le remboursement d'un équipement optique se fait dans les limites énoncées dans le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019**

<b>TARIFS MENSUELS T.T.C. 2024 Par agent retraité</b>	<b>1 bénéficiaire</b>	<b>49,00 Euros</b>	<b>73,20 Euros</b>	<b>112,50 Euros</b>	<b>142,90 Euros</b>
	<b>2 bénéficiaires</b>	<b>94,80 Euros</b>	<b>143,40 Euros</b>	<b>218,40 Euros</b>	<b>278,50 Euros</b>
	<b>3 bénéficiaires et plus</b>	<b>137,90 Euros</b>	<b>210,20 Euros</b>	<b>288,30 Euros</b>	<b>348,50 Euros</b>

**Les cotisations incluent la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA) de 13,27% reversée aux Organismes d'Etat**

R.O. Régime Obligatoire d'Assurance Maladie

S.S. Sécurité Sociale

T.M. Ticket Modérateur