

# TABLEAU DES REMBOURSEMENTS

## en complément de la sécurité sociale



	Formule basique <i>Panier de soins ANI</i>	Formule confort
<b>MÉDECINE COURANTE</b>		
Consultations Généralistes CAS	TM	TM + 50% B.R.
Consultations Généralistes non CAS	TM	TM + 30% B.R.
Consultations Spécialistes CAS	TM	TM + 120% B.R.
Consultations Spécialistes non CAS	TM	TM + 100% B.R.
Actes Techniques Médicaux CAS	TM	TM
Actes Techniques Médicaux non CAS	TM	TM
Imagerie Médicale CAS	TM	TM + 50% B.R.
Imagerie Médicale non CAS	TM	TM + 30% B.R.
Auxiliaires Médicaux	TM	TM
Analyses	TM	TM
Pharmacie remboursée à 65%	TM	TM
Pharmacie remboursée à 30%	-	TM
Pharmacie remboursée à 15%	-	TM
Appareillage Auditif	TM	TM + 320€/an si 1 app TM + 520€/an si 2 app
Orthopédie / Prothèse non dentaire	TM	TM + 100% B.R.
<b>OPTIQUE</b>		
Monture <sup>(1)</sup>	20€	40€
Verre type 1 : Simple <sup>(1)</sup>	40€	60€
Verre type 2 : Complexe <sup>(1)</sup>	90€	130€
Verre type 3 : Progressif <sup>(1)</sup>	90€	130€
Lentilles remboursées S.S.	TM	TM + 300% B.R.
Lentilles non remboursées S.S.	-	Forfait 150€ / an
<b>DENTAIRE</b>		
Soins Dentaires	TM	TM + 50% B.R.
Prothèses	TM + 25% B.R.	TM + 175% B.R.
Implants	-	-
Orthodontie remboursées S.S.	TM + 25% B.R.	TM + 100% B.R.
Orthodontie non remboursées S.S.	-	-
<b>HOSPITALISATION</b>		
Frais de Séjour	TM	TM
Forfait Journalier	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur
Chambres Particulières	-	50€ (maxi 30 j / an)
Honoraires Hospitalisation CAS	TM	TM + 120% B.R.
Honoraires Hospitalisation non CAS	TM	TM + 100% B.R.
Franchise pour Acte Supérieur à 120€	Frais réels	Frais réels
Frais d'Accompagnement (Enfant -12 ans)	-	20 euros / jour
Transport en ambulance	TM	TM
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>		
Actes de Prévention remboursés S.S.	TM	TM
Densitométrie Osseuse non remboursée S.S.	-	Forfait de 50€ / an
Ostéopathie, Acupuncture, Pédicure	-	Forfait de 20€ 2 / an
<b>COTISATION GLOBALE</b> (Part de l'employeur + part du salarié )	<b>25€</b>	<b>41,50€</b>

(1) Le forfait s'applique à l'acquisition d'un équipement (verres + monture), par période de 2 ans (date de soins). Elle est réduite à 1 an en cas de renouvellement justifié d'une évolution de la vue. Montant attribué/verre, exemple 20€/verre.

TM (Ticket Modérateur) – BR (Base Remboursement)



MUTUELLE M.M.H

22, rue René Coche - 92175 Vanves cedex

☎ **01 41 90 12 70**

📞 01 41 90 12 77 ✉ [contact@mutuelle-mmh.fr](mailto:contact@mutuelle-mmh.fr)

[www.mutuelle-mmh.fr](http://www.mutuelle-mmh.fr)