



CONFORME A  
LA REFORME



# INDIVIDUEL LIBERTY-ABH

ABH COURTAGE



**Le 100% santé : C'est une offre qui vous permet d'accéder à des lunettes de vue, des aides auditives et des prothèses dentaires de qualités, prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale et la Complémentaire Santé. Cette réforme est inscrite dans l'article 51 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité Sociale pour 2019 et précisée par plusieurs textes d'application, décrets et arrêtés. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ses paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.**

SOINS COURANTS	LIBERTY1 Sécurité Sociale + Remboursement Mutuelle	LIBERTY2 Sécurité Sociale + Remboursement Mutuelle	LIBERTY3 Sécurité Sociale + Remboursement Mutuelle
<b>Consultation et Visite de Généraliste</b> Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup> NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup>	100% BR 100% BR	130% BR 110% BR	130% BR 110% BR
<b>Consultation de Spécialiste</b> Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup> NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup>	100% BR 100% BR	161% BR 141% BR	178% BR 158% BR
<b>Acte en ADI (Radio), ADE (Échographie), ATM (Acte Technique Médical)</b> Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup> NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO <sup>3</sup>	100% BR 100% BR	130% BR 110% BR	178% BR 158% BR
<b>Auxiliaire Médicaux</b> , (Orthophonie, Orthoptie, Infirmière, Kinésithérapeute...)	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Laboratoire</b> pris en charge par l'AMO <b>Laboratoire</b> Hors Nomenclature forfait par année civile	100% BR NEANT	100% BR NEANT	100% BR 40,00 € par an
<b>Pharmacie</b> et <b>Vaccin</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>APPAREILLAGE (Hors Dentaire et acoustique) accepté par la Sécurité Sociale</b>			
<b>Appareillage et /ou Orthopédie</b> pris en charge par l'AMO <i>forfait par année civile</i>	100% BR	100% BR + 200,00 € par an	100% BR + 300,00 € par an
<b>HOSPITALISATION</b> Etablissement conventionné et non conventionné			
<b>Frais de Séjours</b> - Médicale (DMT 101) - Chirurgicale (DMT 137) - Maternité (DMT 183)	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Frais de Séjours</b> en établissements spécialisés si pris en charge par l'AMO - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230)	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Forfait journalier</b> illimité - Médecine (DMT 101) - Chirurgie (DMT 137) - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230) <b>(à l'exception des établissements Médico-Sociaux)</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Honoraires des Praticiens</b> Signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO <sup>3</sup> Forfait par année civile	100% BR	220% BR limité à 150,00 €	230% BR limité à 300,00 €
<b>Honoraires des Praticiens</b> NON signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO <sup>3</sup> Forfait par année civile	100% BR	200% BR limité à 150,00 €	200% BR limité à 300,00 €
<b>Franchise Actes Techniques</b> (si coefficient du K ≥ 60 ou acte dont le tarif est ≥ à 120 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Chambre Particulière</b> limitée à 30 jours par an - Médecine (DMT 101) - Chirurgie (DMT 137) - Maison de repos (DMT 166) - Rééducation (DMT 172) - Psychiatrie (DMT 230) - Maternité (DMT 183)	NEANT	50,00 € par jour	60,00 € par jour
<b>Frais Accompagnant</b> enfant moins de 16 ans ou enfant handicapé 30 jours par année civile	NEANT	30,00 € par jour	30,00 € par jour
<b>Forfait Maternité</b> ou <b>Adoption</b> par enfant sous réserve de l'adhésion de(s) l'enfant(s) à la mutuelle	200,00 € par Enfant	200,00 € par Enfant	200,00 € par Enfant
<b>Transport</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Télévision</b> 30 jours par hospitalisation	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>DENTAIRE</b>			
<b>PANIER A 100% SANTÉ- dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)<sup>1</sup></b>			
<b>Soins et Prothèses dentaires</b>	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>PANIER B Maîtrisé et PANIER LIBRE : dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)<sup>1</sup></b> (Plafond annuel pour l'appareillage dentaire : 2 885,00 € par an <sup>2</sup> ) Hors remboursement Sécurité Sociale et soins			
<b>Consultation et Soins dentaires</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Parodontologie</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
<b>Endodontologie</b> pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR

Inlay-Onlay pris en charge par l'AMO	150% BR	200% BR	220% BR
Inlay-Core par acte pris en charge par l'AMO	100% BR	150% BR	180% BR
Couronne dentaire transitoire pris en charge par l'AMO	150% BR	200% BR	220% BR
Couronne dentaire pris en charge par l'AMO forfait par dent limité à 3 dents par année civile	220% BR	220% BR + 150,00 € par dent	220% BR + 200,00 € par dent
Bridges pris en charge par l'AMO forfait par dent limité à 3 dents par année civile	220% BR	220% BR + 200,00 € par dent	220% BR + 350,00 € par dent
Prothèses amovibles pris en charge par l'AMO forfait par année civile	220% BR	220% BR + 300,00 €	220% BR + 500,00 €
Réparation prothèse pris en charge par l'AMO	150% BR	200% BR	220% BR
Implantologie <ul style="list-style-type: none"> <li>Implant non remboursé par l'AMO forfait par année civile</li> <li>Couronne dentaire implantoportée (pris en charge par l'AMO) forfait par dent limité à 3 dents par année civile</li> </ul>	NEANT 220% BR	200,00 € 220% BR + 150,00 €	400,00 € 220% BR + 200,00 €
Orthodontie pris en charge par l'AMO forfait par semestre de date en date	100% BR + 100,00 €/semestre	100% BR + 200,00 €/ semestre	100% BR + 300,00 € / semestre
<b>OPTIQUE - Un équipement correspond à (1 monture et 2 verres) les remboursements s'entendent par verre, tous les 2 ans (date d'achat) sauf avis médical et enfant moins de 16 ans</b>			
<b>PANIER CLASSE A - 100% SANTÉ optique - dans la limite des Honoraires de facturations (PLV)<sup>1</sup></b>			
Monture et verres	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
<b>PANIER CLASSE B LIBRE : Equipement pris en charge par l'AMO (Forfait par verre)</b>			
Monture <sup>4</sup>	60% BR + 55,00 €	60% BR + 85,00 €	60% BR + 100,00 €
Verre simple <sup>5</sup>	60% BR + 45,00 €	60% BR + 55,00 €	60% BR + 75,00 €
Verre complexe <sup>6</sup>	60% BR + 90,00 €	60% BR + 100,00 €	60% BR + 120,00 €
Verre très complexe <sup>7</sup>	60% BR + 90,00 €	60% BR + 100,00 €	60% BR + 120,00 €
Lentilles remboursées ou refusées par l'AMO forfait par année civile	60% BR + 80,00 €	60% BR + 100,00 €	60% BR + 120,00 €
Kératotomy (chirurgie réfractive de l'œil) et implants multifocaux forfait par œil et par année civile	NEANT	100,00 €	150,00 €
<b>ACOUSTIQUE pris en charge par l'AMO 1 équipement tous les 4 ans</b>			
<b>A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021</b>			
<b>PANIER CLASSE I 100% SANTÉ - dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)<sup>1</sup></b>			
Appareil auditif (limité à 1 appareil par oreille tous les 4 ans)	Frais Réels <b>Au 01/01/2021</b>	Frais Réels <b>Au 01/01/2021</b>	Frais Réels <b>Au 01/01/2021</b>
<b>Panier CLASSE II LIBRE– dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)<sup>1</sup></b>			
Prothèses Auditives pris en charge par l'AMO Forfait par oreille et par année civile (limité 1 appareil par oreille tous les 4 ans)	100% BR + 80,00 € par oreille	100% BR + 300,00 € par oreille	100% BR + 350,00 € par oreille
<b>ACTE DE PREVENTION</b>			
Cure Thermale pris en charge par l'AMO Forfait Hébergement Cure Forfait par année civile	100% BR NON	100% BR 120,00 €	100% BR 150,00 €
Ostéodensitométrie osseuse (1 acte tous les 3 ans) pris en charge par l'AMO	20,00 € par acte	20,00 € par acte	20,00 € par acte
Ostéopathe, Chiropracteur, Étiothérapeute, Pédiçure, Diététicien	20,00 € séance 2 séances par an	20,00 € par séance 2 séances par an	20,00 € par séance 3 séances par an
Vaccins non pris en charge par l'AMO	10,00 € par vaccin	15,00 € par vaccin	15,00 € par vaccin
<b>PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES</b>			
Soins à l'étranger pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Aide sociale	Sur commission	Sur commission	Sur commission
COGEMUT FilAssistance assistance à domicile après hospitalisation (voir conditions)	oui	oui	oui
Accès au centre Mutualiste FMP	Toute la France	Toute la France	Toute la France

<sup>1</sup>(PLV) Le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. **HLF : Honoraire limite de facturation précisée par décret**

<sup>2</sup> Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement

<sup>3</sup> **OPTAM** = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (anciennement CAS = Contrat d'Accès aux Soins) / **OPTAM CO** = OPTAM pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique / Dispositifs mis en place par l'Assurance Maladie pour limiter les dépassements d'honoraires. Pour savoir si votre médecin est signataire, contactez la Sécurité sociale au 3646 ou consultez annuaire.sante.ameli.fr

**FR** : Frais Réels / **SS** : Sécurité Sociale / **BR** : Base de Remboursement Sécurité Sociale **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire

**Tous nos Forfaits** sont par année civile sauf l'optique, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. **Vos remboursements** sont toujours effectués déduction faite du remboursement de l'AMO dans la limite de la formule choisie. **Dans tous les cas**, les remboursements sont limités au montant réelle en euros (contrat responsable en application de la loi N°2004-810 du 13 août 2004) – **Hors parcours de soins**, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8€ ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L322-2 du code de la sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N°2005-1226 du 29 septembre 2005.

## OPTIQUE

<sup>4</sup> A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 et conformément à la réforme « 100% santé », le forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100,00 € dans le cadre d'un équipement de Classe B et ne pourra pas excéder 30,00 € pour un équipement de Classe A sans reste à charge pour les assurés.

Les assurés pourront choisir des équipements différents, **Premier cas** une monture en Classe B aux prix libres (le remboursement sera plafonné à 100€) et des verres en Classe A (sans reste à charge), **Deuxième cas** une monture en Classe A (le remboursement des montures sera plafonné à 30€ sans reste à charge) et des verres aux prix libres Classe B (avec du reste à charge pour l'assuré).

<sup>5</sup> **Verres simple** - verres unifocaux sphère entre - 6,00 et + 6,00

- Ou verres unifocaux cylindre < ou égal +4,00 et sphère -6,00 à 0

- Ou verres unifocaux sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égal à 6,00

<sup>6</sup> **Verres complexes** - autres verres unifocaux

- Ou verres multifocaux ou progressifs sphère de - 4,00 à + 4,00

- Ou verres multifocaux ou progressifs cylindre < ou égal à +4,00 et sphère de 8,00 à 0

- Ou verres multifocaux ou progressifs sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égal à 8,00

<sup>7</sup> **Verres très complexes** - autres verres multifocaux ou progressifs

## <sup>8</sup> Conditions générales de renouvellement des équipements

- **Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement

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

- **Pour les enfants jusqu'à 6 ans**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement 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 équipement concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

## DENTAIRE

### Les prothèses dentaires du 100% santé

- **Couronnes céramiques monolithique et céramo-métalliques** sur les dents visibles (incisives, canines et 1<sup>er</sup> prémolaire)

- **Couronnes céramiques monolithiques zircons** (incisives et canines) ;

- **Couronnes métalliques** toutes localisations.

- **Inlays Core et couronnes transitoires** ;

- **Bridges céramo-métalliques** (incisives et canines) ; **bridges full zircon** et métalliques toutes localisations ;

**Le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste** est tenu de vous en informer préalablement au moyen de **2 devis écrits** que vous signerez, éventuellement, pour acceptation.

- Un devis dans le RAC 0

- Un devis dans le panier maîtrisé ou le panier libre

**Chaque devis doit comporter, notamment, les éléments suivants :**

- la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ;
- le montant des honoraires correspondant au traitement ;
- le montant remboursé par l'Assurance Maladie.

**Ces devis seront à transmettre à la mutuelle pour acceptation, sans devis la mutuelle se réserve le droit de refuser le remboursement à l'assuré, si le praticien ne respecte pas les plafonds du « 100% santé »**

Le remboursement dentaire est **limité à 2 885,00 € par an pour (Les Inlays-Cores, les Inlays-Onlays, les couronnes, les bridges, les prothèses amovibles et la réparation de prothèse),**

Hors remboursement Sécurité Sociale et soins dentaire.

Au-delà de ce plafond, la garantie est réduite à 100 % du tarif de responsabilité.