

Prestations applicables au 01/01/2020

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Hospitalisation			
Frais de séjour (Etablissements conventionnés et non conventionnés)	80% ou 100%	40% ou 20%	120%
Forfait journalier hospitalier illimité	-	oui	oui
Forfait journalier hospitalier en Maison d'Accueil Spécialisée	-	60 jours/an	60 jours/an
Forfait Franchise «Actes Lourds» sur actes techniques de plus de 120€	-	oui	oui
Forfait Chambre particulière par jour (Tout séjour comportant au moins une nuitée)	-	40€	40€
Limité à 90 jours par an dont 30 jours en soins de suite, maison de repos et psychiatrie	-		
Forfait Frais d'accompagnant par jour	-	15€	15€
Limité à 90 jours par an			
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	20% ou 0%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	20% ou 0%	100%
Frais de transport pris en charge par le Régime Obligatoire	65%	35%	100%

Soins courants			
Honoraires médicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	30%	100%
Honoraires médicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	30%	100%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	30%	100%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	30%	100%
Médicaments :			
Pharmacie à 65%	65%	35%	100%
Pharmacie à 30%	30%	70%	100%
Pharmacie à 15%	15%	85%	100%
Analyses et examens de laboratoire			
Auxiliaires médicaux	60% ou 70%	40% ou 30%	100%
	60%	40%	100%
Matériel médical :			
Orthopédie, Appareillage (autre que dentaire)	60% ou 100%	40% ou 0%	100%
Forfait petit appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	40€	40€
Forfait grand appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	100€	100€
Les forfaits pour le matériel médical sont annuels et par bénéficiaire			

(1) Optam / Optam CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgien et Obstétricien pour Optam CO) - Anciennement CAS.

Optique			
Monture et verres ou Equipements relevant du 100% santé (2) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres verres et monture (2) (3)			
Forfait monture	60%	50 €	60% + 50€
Forfait verres simples, par verre	60%	50 €	60% + 50 €
Forfait verres complexes, par verre	60%	80 €	60% + 80 €
Forfait verres très complexes, par verre	60%	125 €	60% + 125 €
Adaptation de la correction, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	60%	40%	100%
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire (4)	60%	40% + 100€	100% + 100€
Chirurgie réfractive (chirurgie laser de la myopie) (4)	-	150€	150€

(2) Prise en charge d'un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans à partir de la date de la dernière consommation RO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu par l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% santé (dits classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% santé (dits classe B), seuls les équipements relevant du 100% santé (classe A) seront remboursés dans leur totalité.

(3) Ces forfaits intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique. Seul le ticket modérateur sera servi par la Mutuelle au-delà d'un équipement ou du forfait sans pouvoir dépasser le plafond par correction.

(4) Forfait annuel par bénéficiaire



Dentaire

Soins et prothèses dentaires relevant du 100% santé Tels que définis réglementairement	70%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins dentaires	70 %	30 %	100 %
Scellement des puits, sillons, fissures dentaires (enfants de moins de 14 ans)	70 %	30 %	100 %
Autres prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire (5)	70 %	80 %	150 %
Forfait actes non pris en charge par le Régime Obligatoire : parodontologie, implantologie (6)	-	50 €	50 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	100 %
Forfait diagnostic (6)	-	50 €	50 €
Forfait semestriel (7)	-	150 €	150 €
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire (6)	-	50 €	50 €

(5) Remboursement des dépassements limité à 2000 euros par an. Une fois le plafond atteint, prise en charge des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale dans la limite de 125% de la BR.

(6) Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée

(7) Le forfait semestriel s'entend 2 fois par an et par bénéficiaire

Aides auditives

Aides auditives relevant du 100% santé (8) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres aides auditives (8) Forfait par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	60%	40% + 100€	100% + 100€

(8) Prise en charge par bénéficiaire valable tous les 4 ans. La prise en charge des aides auditives relevant du 100% santé entre en vigueur à partir du 1er janvier 2021.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Cure thermale

Cure thermale	65% ou 70%	35% ou 30%	100%
---------------	------------	------------	------

Actes de prévention

Vaccination antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique	70%	30%	100%
Vaccination anti-grippe	-	Frais réels	Frais réels
Dépistage Hépatite B	70%	30%	100%
Forfait global annuel pour les actes de prévention ci-dessous, sur présentation de facture acquittée : Amniocentèse, fécondation in vitro et péridurale non prises en charge par le Régime Obligatoire Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, psychologue, podologue, pédicurie, sexologue, sevrage tabagique Densitométrie osseuse Moyens de contraception, vaccin anti HPV, vaccin rotavirus	-	50€	50€

* Taux de prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime Obligatoire)

** Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale BR et ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Elles s'entendent sous déduction du remboursement du régime obligatoire sauf pour les forfaits.

En application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux alinéas II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, les majorations de participation visées aux articles L.161-36-2 du même code.



HOSPITALISATION		
Base de Remboursement (BR) de la sécurité sociale : Selon l'établissement, 900 € par jour dans l'exemple Frais de séjour : 900 €		
Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan (20% BR)	Reste à charge
720 €	180 €	0 €

SOINS COURANTS		
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
16,50 €	7,50 €	26 €
16,50 €	7,50 €	26 €

Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1 (signataire de l'OPTAM)
BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €

Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 (non signataire de l'OPTAM)
BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €



OPTIQUE Monture + Verres simples		
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
17,10 €	77,90 €	0 €
0,09 €	150 €	299,91 €

Monture et verres relevant du 100% Santé (Classe A)
Verres simples
BR : 9,75 € PLV : 32,5 € (par verre)
Monture - BR : 9 € PLV : 30 €
Total équipement : 95 €

Autres équipements optiques (Classe B)
Verres simples - BR : 0,05 € Prix : 125 € p/verre
Monture - BR : 0,05 € Prix : 200 €
Total équipement : 450 €



DENTAIRE		
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
63 €	112 €	0 €
63 €	72 €	40 €
63 €	72 €	115 €
84 €	416 €	0 €
84 €	96 €	370 €
75,25 €	86 €	438,75 €
30,36 €	13,02 €	0 €

Prothèses relevant du 100% Santé*
Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €

Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés
Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €

Prothèses relevant du panier à tarifs libres
Inlay Core - BR 90 € - Absence de PLV - Prix : 250 €

Prothèses relevant du 100% Santé*
Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 500 €

Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés
Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 550 €

Prothèses relevant du panier à tarifs libres
Prothèse Fixe Céramique - BR 107,5 € - Absence de PLV - Prix : 600 €

Détartrage
BR : 43,38 € - Prix : 43,38 €

*La mise en place du 100% Santé pour le poste dentaire se fera progressivement en 2020 et 2021. Cela comprend l'évolution des bases de remboursement et la mise en place de prix limite de vente.



AIDES AUDITIVES		
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
240 €	710 €	0 €
240 €	260 €	900 €

Aides auditives relevant du 100% Santé (Classe I)
Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - PLV 950 € *

Autres aides auditives (Classe II) tarifs libres
Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - Absence de PLV
Prix : 1400 € *

*Exemple basé sur la Base de remboursement au 1er janvier 2021.

La Base de remboursement des aides auditives évolue jusqu'au 1er janvier 2021, pour un montant de 400 € pour les > 20 ans et est de 1400 € pour les bénéficiaires <= 20 ans. Le prix limite de vente sera abaissé à 950 € en 2021 pour les > 20 ans et reste à 1400 € pour les <= 20 ans.

Mieux comprendre ma mutuelle

Base de remboursement (BR) : La Base de remboursement est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé en France par la Sécurité Sociale. Elle est fixée par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et déterminée grâce à un barème pour chaque acte médicallement tant sur le quel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale. Elle sert également de référence pour les assurances complémentaires santé.

Ticket Modérateur (TM) : Il s'agit de la différence entre le remboursement de la Sécurité Sociale et le montant de la Base de remboursement.

Participation forfaitaire : La participation forfaitaire est une contribution de 1 €, déduite des remboursements de la Sécurité sociale, pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. La participation forfaitaire de 1 € s'applique à l'assuré et ses ayants droit majeurs.

Prix limite de vente (PLV) : Dans le cadre du 100% santé, des prix limite de vente (PLV) sont imposés aux professionnels de santé afin de limiter le reste à charge des frais de santé des assurés. Ces PLV concernent certains verres et montures (dits de classe A), certaines prothèses dentaires et certaines audioprothèses (dites de classe 1)

Tiers payant : Le tiers payant est le mécanisme qui permet à un patient de ne pas avoir à avancer l'intégralité des frais de ses dépenses santé, si elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale ou un organisme de complémentaires santé. Pour bénéficier du tiers payant, il est nécessaire de présenter votre carte Vitale au professionnel de santé.

Dépassements d'honoraires : Il s'agit de la différence entre les honoraires demandés par un praticien et la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO) : L'OPTAM est un dispositif remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins). Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leur consultation. L'OPTAM-CO concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Réforme 100% Santé : Prix Limites de Vente

OPTIQUE : Equipements 100% Santé



	Équipement verres unifocaux			Équipement verres progressifs		
	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4
Niveau 1 : Corrections comprises entre 0 et 2 dioptries inclus	95€	105€	135€	180€	210€	260€
Niveau 2 : Corrections comprises entre 2 et 4 dioptries inclus	105€	115€	145€	190€	220€	270€
Niveau 3 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	125€	135€	165€	210€	240€	290€
Niveau 4 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	225€	235€	265€	290€	320€	370€
Niveau 5 : Corrections supérieures à 12 dioptries						

Verres simples

Verres complexes

Verres très complexes



AIDES AUDITIVES
Équipement 100% Santé



	1 ^{er} Janvier 2019		1 ^{er} Janvier 2020		1 ^{er} Janvier 2021		1 ^{er} Janvier 2022	
	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV
- 20 ans	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€
+ 20 ans	300€	1 300€	350€	1 100€	400€	950€	400€	900€*

*Le PLV 2022 pour les plus de 20 ans pourra évoluer selon la consommation nationale recencée par la Sécurité Sociale



Catégorie d'actes	Actes	1 ^{er} Avril 2019	1 ^{er} Janvier 2020	1 ^{er} Janvier 2021	1 ^{er} Janvier 2022	1 ^{er} Janvier 2023
Couronnes BR à 120 € dès le 01/01/2020	Céramique-monolithique (hors zircone) sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
	Céramique-Monolithique (zircone) hors molaires	480€	450€	450€	450€	450€
	Métallique (toutes les dents)	320€	290€	290€	290€	290€
	Céramique-métallique sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
Inlay-cores BR à 90 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	230€	175€	175€	175€	175€
Couronnes transitoires BR à 10 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	60€	60€	60€	60€	60€
Bridges	Métallique	870€	870€	870€	870€	870€
	Céramo-métallique	1465€	1465€	1465€	1465€	1465€
Prothèses dentaires amovibles	39 actes, hors transvissées et surimplantaires	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond
Réparations	9 actes	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond

Prestations applicables au 01/01/2020

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Hospitalisation			
Frais de séjour (Etablissements conventionnés et non conventionnés)	80% ou 100%	40% ou 20%	120%
Forfait journalier hospitalier illimité	-	oui	oui
Forfait journalier hospitalier en Maison d'Accueil Spécialisée	-	60 jours/an	60 jours/an
Forfait Franchise «Actes Lourds» sur actes techniques de plus de 120€	-	oui	oui
Forfait Chambre particulière par jour (Tout séjour comportant au moins une nuitée)	-	50€	50€
Limité à 90 jours par an dont 30 jours en soins de suite, maison de repos et psychiatrie	-		
Forfait Frais d'accompagnant par jour	-	20€	20€
Limité à 90 jours par an			
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	40% ou 20%	120%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	20% ou 0%	100%
Frais de transport pris en charge par le Régime Obligatoire	65%	35%	100%

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Soins courants			
Honoraires médicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	50%	120%
Honoraires médicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	30%	100%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	50%	120%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	30%	100%
Médicaments :			
Pharmacie à 65%	65%	35%	100%
Pharmacie à 30%	30%	70%	100%
Pharmacie à 15%	15%	85%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60% ou 70%	60% ou 50%	130%
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par le Régime Obligatoire	-	20€	20€
Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée			
Auxiliaires médicaux	60%	60%	120%
Matériel médical :			
Orthopédie, Appareillage (autre que dentaire)	60% ou 100%	40% ou 0%	100%
Forfait petit appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	50€	50€
Forfait grand appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	150€	150€
Les forfaits pour le matériel médical sont annuels et par bénéficiaire			

(1) Optam / Optam CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgien et Obstétricien pour Optam CO) - Anciennement CAS.

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Optique			
Monture et verres ou Equipements relevant du 100% santé (2) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres verres et monture (2) (3)			
Forfait monture	60%	70 €	60% + 70€
Forfait verres simples, par verre	60%	60 €	60% + 60 €
Forfait verres complexes, par verre	60%	85 €	60% + 85 €
Forfait verres très complexes, par verre	60%	125 €	60% + 125 €
Adaptation de la correction, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	40%	100%
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire (4)	60%	40% + 150€	100% + 150€
Chirurgie réfractive (chirurgie laser de la myopie) (4)	-	150€	150€

(2) Prise en charge d'un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans à partir de la date de la dernière consommation RO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu par l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% santé (dits classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% santé (dits classe B), seuls les équipements relevant du 100% santé (classe A) seront remboursés dans leur totalité.

(3) Ces forfaits intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique. Seul le ticket modérateur sera servi par la Mutuelle au-delà d'un équipement ou du forfait sans pouvoir dépasser le plafond par correction.

(4) Forfait annuel par bénéficiaire



(ENERG2 - ENERGCP) - 10/2019

Dentaire

Soins et prothèses dentaires relevant du 100% santé Tels que définis réglementairement	70%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins dentaires	70 %	50 %	120 %
Scellement des puits, sillons, fissures dentaires (enfants de moins de 14 ans)	70 %	30 %	100 %
Autres prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire (5)	70 %	130 %	200 %
Forfait actes non pris en charge par le Régime Obligatoire : parodontologie, implantologie (6)	-	100 €	100 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	100 %
Forfait diagnostic (6)	-	50 €	50 €
Forfait semestriel (7)	-	200 €	200 €
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire (6)	-	50 €	50 €

(5) Remboursement des dépassements limité à 2000 euros par an. Une fois le plafond atteint, prise en charge des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale dans la limite de 125% de la BR.

(6) Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée

(7) Le forfait semestriel s'entend 2 fois par an et par bénéficiaire

Aides auditives

Aides auditives relevant du 100% santé (8) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres aides auditives (8) Forfait par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	60%	40% + 150€	100% + 150€

(8) Prise en charge par bénéficiaire valable tous les 4 ans. La prise en charge des aides auditives relevant du 100% santé entre en vigueur à partir du 1er janvier 2021.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Cure thermale

Cure thermale Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	65% ou 70%	35% ou 30% + 50€	100% + 50€
---	------------	------------------	------------

Actes de prévention

Vaccination antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique Vaccination anti-grippe Dépistage Hépatite B	70% - 70%	30% Frais réels 30%	100% Frais réels 100%
Forfait global annuel pour les actes de prévention ci-dessous, sur présentation de facture acquittée : Amniocentèse, fécondation in vitro et péridurale non prises en charge par le Régime Obligatoire Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, psychologue, podologue, pédicurie, sexologue, sevrage tabagique Densitométrie osseuse Moyens de contraception, vaccin anti HPV, vaccin rotavirus	-	100€	100€

* Taux de prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime Obligatoire)

** Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale BR et ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Elles s'entendent sous déduction du remboursement du régime obligatoire sauf pour les forfaits.

En application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux alinéas II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, les majorations de participation visées aux articles L.161-36-2 du même code.





HOSPITALISATION		
Base de Remboursement (BR) de la sécurité sociale : Selon l'établissement, 900 € par jour dans l'exemple Frais de séjour : 900 €		
Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan (20% BR)	Reste à charge
720 €	180 €	0 €

SOINS COURANTS			
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1 (signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	12,50 €	21 €
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 (non signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	7,50 €	26 €



OPTIQUE			
Monture + Verres simples			
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Monture et verres relevant du 100% Santé (Classe A) Verres simples BR : 9,75 € PLV : 32,5 € (par verre) Monture - BR : 9 € PLV : 30 € Total équipement : 95 €	17,10 €	77,90 €	0 €
Autres équipements optiques (Classe B) Verres simples - BR : 0,05 € Prix : 125 € p/verre Monture - BR : 0,05 € Prix : 200 € Total équipement : 450 €	0,09 €	190 €	259,91 €



DENTAIRE			
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Prothèses relevant du 100% Santé* Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	112 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	112 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Inlay Core - BR 90 € - Absence de PLV - Prix : 250 €	63 €	117 €	70 €
Prothèses relevant du 100% Santé* Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 500 €	84 €	416 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 550 €	84 €	156 €	310 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Prothèse Fixe Céramique - BR 107,5 € - Absence de PLV - Prix : 600 €	75,25 €	139,75 €	385 €
Détartrage BR : 43,38 € - Prix : 43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €

*La mise en place du 100% Santé pour le poste dentaire se fera progressivement en 2020 et 2021. Cela comprend l'évolution des bases de remboursement et la mise en place de prix limite de vente.



AIDES AUDITIVES			
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Aides auditives relevant du 100% Santé (Classe I) Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - PLV 950 € *	240 €	710 €	0 €
Autres aides auditives (Classe II) tarifs libres Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - Absence de PLV Prix : 1400 € *	240 €	310 €	850 €

*Exemple basé sur la Base de remboursement au 1er janvier 2021.

La Base de remboursement des aides auditives évolue jusqu'au 1er janvier 2021, pour un montant de 400 € pour les > 20 ans et est de 1400 € pour les bénéficiaires <= 20 ans. Le prix limite de vente sera abaissé à 950 € en 2021 pour les > 20 ans et reste à 1400 € pour les <= 20 ans.

Mieux comprendre ma mutuelle

Base de remboursement (BR) : La Base de remboursement est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé en France par la Sécurité Sociale. Elle est fixée par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et déterminée grâce à un barème pour chaque acte médicallement tant sur le quel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale. Elle sert également de référence pour les assurances complémentaires santé.

Ticket Modérateur (TM) : Il s'agit de la différence entre le remboursement de la Sécurité Sociale et le montant de la Base de remboursement.

Participation forfaitaire : La participation forfaitaire est une contribution de 1 €, déduite des remboursements de la Sécurité sociale, pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. La participation forfaitaire de 1 € s'applique à l'assuré et ses ayants droit majeurs.

Prix limite de vente (PLV) : Dans le cadre du 100% santé, des prix limite de vente (PLV) sont imposés aux professionnels de santé afin de limiter le reste à charge des frais de santé des assurés. Ces PLV concernent certains verres et montures (dits de classe A), certaines prothèses dentaires et certaines audioprothèses (dites de classe 1)

Tiers payant : Le tiers payant est le mécanisme qui permet à un patient de ne pas avoir à avancer l'intégralité des frais de ses dépenses santé, si elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale ou un organisme de complémentaires santé. Pour bénéficier du tiers payant, il est nécessaire de présenter votre carte Vitale au professionnel de santé.

Dépassements d'honoraires : Il s'agit de la différence entre les honoraires demandés par un praticien et la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO) : L'OPTAM est un dispositif remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins). Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leur consultation. L'OPTAM-CO concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Réforme 100% Santé : Prix Limites de Vente

OPTIQUE : Equipements 100% Santé



	Équipement verres unifocaux			Équipement verres progressifs		
	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4
Niveau 1 : Corrections comprises entre 0 et 2 dioptries inclus	95€	105€	135€	180€	210€	260€
Niveau 2 : Corrections comprises entre 2 et 4 dioptries inclus	105€	115€	145€	190€	220€	270€
Niveau 3 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	125€	135€	165€	210€	240€	290€
Niveau 4 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	225€	235€	265€	290€	320€	370€
Niveau 5 : Corrections supérieures à 12 dioptries						

Verres simples

Verres complexes

Verres très complexes



AIDES AUDITIVES
Équipement 100% Santé



	1 ^{er} Janvier 2019		1 ^{er} Janvier 2020		1 ^{er} Janvier 2021		1 ^{er} Janvier 2022	
	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV
- 20 ans	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€
+ 20 ans	300€	1 300€	350€	1 100€	400€	950€	400€	900€*

*Le PLV 2022 pour les plus de 20 ans pourra évoluer selon la consommation nationale recencée par la Sécurité Sociale



Catégorie d'actes	Actes	1 ^{er} Avril 2019	1 ^{er} Janvier 2020	1 ^{er} Janvier 2021	1 ^{er} Janvier 2022	1 ^{er} Janvier 2023
Couronnes BR à 120 € dès le 01/01/2020	Céramique-monolithique (hors zircone) sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
	Céramique-Monolithique (zircone) hors molaires	480€	450€	450€	450€	450€
	Métallique (toutes les dents)	320€	290€	290€	290€	290€
	Céramique-métallique sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
Inlay-cores BR à 90 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	230€	175€	175€	175€	175€
Couronnes transitoires BR à 10 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	60€	60€	60€	60€	60€
Bridges	Métallique	870€	870€	870€	870€	870€
	Céramo-métallique	1465€	1465€	1465€	1465€	1465€
Prothèses dentaires amovibles	39 actes, hors transvissées et surimplantaires	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond
Réparations	9 actes	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond

Prestations applicables au 01/01/2020

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Hospitalisation			
Frais de séjour (Etablissements conventionnés et non conventionnés)	80% ou 100%	70% ou 50%	150%
Forfait journalier hospitalier illimité	-	oui	oui
Forfait journalier hospitalier en Maison d'Accueil Spécialisée	-	60 jours/an	60 jours/an
Forfait Franchise «Actes Lourds» sur actes techniques de plus de 120€	-	oui	oui
Forfait Chambre particulière par jour (Tout séjour comportant au moins une nuitée)	-	60€	60€
Limité à 90 jours par an dont 30 jours en soins de suite, maison de repos et psychiatrie	-		
Forfait Frais d'accompagnant par jour	-	25€	25€
Limité à 90 jours par an			
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	70% ou 50%	150%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	50% ou 30%	130%
Frais de transport pris en charge par le Régime Obligatoire	65%	35%	100%

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Soins courants			
Honoraires médicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	80%	150%
Honoraires médicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	60%	130%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	80%	150%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	60%	130%
Médicaments :			
Pharmacie à 65%	65%	35%	100%
Pharmacie à 30%	30%	70%	100%
Pharmacie à 15%	15%	85%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60% ou 70%	80% ou 70%	140%
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par le Régime Obligatoire	-	40€	40€
Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée			
Auxiliaires médicaux	60%	90%	150%
Matériel médical :			
Orthopédie, Appareillage (autre que dentaire)	60% ou 100%	40% ou 0%	100%
Forfait petit appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	60€	60€
Forfait grand appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	200€	200€
Les forfaits pour le matériel médical sont annuels et par bénéficiaire			

(1) Optam / Optam CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgien et Obstétricien pour Optam CO) - Anciennement CAS.

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Optique			
Monture et verres ou Equipements relevant du 100% santé (2) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres verres et monture (2) (3)			
Forfait monture	60%	90 €	60% + 90€
Forfait verres simples, par verre	60%	70 €	60% + 70 €
Forfait verres complexes, par verre	60%	100 €	60% + 100 €
Forfait verres très complexes, par verre	60%	150 €	60% + 150 €
Adaptation de la correction, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	40%	100%
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire (4)	60%	40% + 200€	100% + 200€
Chirurgie réfractive (chirurgie laser de la myopie) (4)	-	200€	200€

(2) Prise en charge d'un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans à partir de la date de la dernière consommation RO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu par l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% santé (dits classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% santé (dits classe B), seuls les équipements relevant du 100% santé (classe A) seront remboursés dans leur totalité.

(3) Ces forfaits intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique. Seul le ticket modérateur sera servi par la Mutuelle au-delà d'un équipement ou du forfait sans pouvoir dépasser le plafond par correction.

(4) Forfait annuel par bénéficiaire



Dentaire

Soins et prothèses dentaires relevant du 100% santé Tels que définis réglementairement	70%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins dentaires	70 %	80 %	150 %
Scellement des puits, sillons, fissures dentaires (enfants de moins de 14 ans)	70 %	30 %	100 %
Autres prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire (5)	70 %	180 %	250 %
Forfait actes non pris en charge par le Régime Obligatoire : parodontologie, implantologie (6)	-	150 €	150 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	100 %
Forfait diagnostic (6)	-	70 €	70 €
Forfait semestriel (7)	-	300 €	300 €
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire (6)	-	100 €	100 €

(5) Remboursement des dépassements limité à 2000 euros par an. Une fois le plafond atteint, prise en charge des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale dans la limite de 125% de la BR.

(6) Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée

(7) Le forfait semestriel s'entend 2 fois par an et par bénéficiaire

Aides auditives

Aides auditives relevant du 100% santé (8) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres aides auditives (8) Forfait par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	60%	40% + 200€	100% + 200€

(8) Prise en charge par bénéficiaire valable tous les 4 ans. La prise en charge des aides auditives relevant du 100% santé entre en vigueur à partir du 1er janvier 2021.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Cure thermale

Cure thermale Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	65% ou 70%	35% ou 30% + 100€	100% + 100€
---	------------	-------------------	-------------

Actes de prévention

Vaccination antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélique Vaccination anti-grippe Dépistage Hépatite B	70% - 70%	30% Frais réels 30%	100% Frais réels 100%
Forfait global annuel pour les actes de prévention ci-dessous, sur présentation de facture acquittée : Amniocentèse, fécondation in vitro et périurale non prises en charge par le Régime Obligatoire Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, psychologue, podologue, pédicurie, sexologue, sevrage tabagique Densitométrie osseuse Moyens de contraception, vaccin anti HPV, vaccin rotavirus	-	100€	100€

Garantie d'assistance

Le service d'assistance santé de votre mutuelle 24h/24 et 7jours/7 (05 49 76 97 74) (9)	-	Inclus
---	---	--------

(9) Garantie par Inter Mutuelles Assistance, société anonyme au capital de 5 000 000 d'euros entièrement libérés. Entreprise régie par le Code des assurances immatriculée au RCS de Niort sous le N°481 511 632 - 118 Avenue de Paris - 79033 Niort

* Taux de prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime Obligatoire)

** Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale BR et ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Elles s'entendent sous déduction du remboursement du régime obligatoire sauf pour les forfaits.

En application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux alinéas II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, les majorations de participation visées aux articles L.161-36-2 du même code.





HOSPITALISATION		
Base de Remboursement (BR) de la sécurité sociale : Selon l'établissement, 900 € par jour dans l'exemple Frais de séjour : 900 €		
Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan (20% BR)	Reste à charge
720 €	180 €	0 €

SOINS COURANTS			
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1 (signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	20 €	13,50 €
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 (non signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	15 €	18,50 €



OPTIQUE			
Monture + Verres simples			
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Monture et verres relevant du 100% Santé (Classe A) Verres simples BR : 9,75 € PLV : 32,5 € (par verre) Monture - BR : 9 € PLV : 30 € Total équipement : 95 €	17,10 €	77,90 €	0 €
Autres équipements optiques (Classe B) Verres simples - BR : 0,05 € Prix : 125 € p/verre Monture - BR : 0,05 € Prix : 200 € Total équipement : 450 €	0,09 €	230 €	219,91 €



DENTAIRE			
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Prothèses relevant du 100% Santé* Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	112 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	112 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Inlay Core - BR 90 € - Absence de PLV - Prix : 250 €	63 €	162 €	25 €
Prothèses relevant du 100% Santé* Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 500 €	84 €	416 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 550 €	84 €	216 €	250 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Prothèse Fixe Céramique - BR 107,5 € - Absence de PLV - Prix : 600 €	75,25 €	193,50 €	331,25 €
Détartrage BR : 43,38 € - Prix : 43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €

*La mise en place du 100% Santé pour le poste dentaire se fera progressivement en 2020 et 2021. Cela comprend l'évolution des bases de remboursement et la mise en place de prix limite de vente.



AIDES AUDITIVES			
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Aides auditives relevant du 100% Santé (Classe I) Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - PLV 950 € *	240 €	710 €	0 €
Autres aides auditives (Classe II) tarifs libres Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - Absence de PLV Prix : 1400 € *	240 €	360 €	800 €

*Exemple basé sur la Base de remboursement au 1er janvier 2021.

La Base de remboursement des aides auditives évolue jusqu'au 1er janvier 2021, pour un montant de 400 € pour les > 20 ans et est de 1400 € pour les bénéficiaires <= 20 ans. Le prix limite de vente sera abaissé à 950 € en 2021 pour les > 20 ans et reste à 1400 € pour les <= 20 ans.

Mieux comprendre ma mutuelle

Base de remboursement (BR) : La Base de remboursement est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé en France par la Sécurité Sociale. Elle est fixée par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et déterminée grâce à un barème pour chaque acte médicallement tant sur le quel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale. Elle sert également de référence pour les assurances complémentaires santé.

Ticket Modérateur (TM) : Il s'agit de la différence entre le remboursement de la Sécurité Sociale et le montant de la Base de remboursement.

Participation forfaitaire : La participation forfaitaire est une contribution de 1 €, déduite des remboursements de la Sécurité sociale, pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. La participation forfaitaire de 1 € s'applique à l'assuré et ses ayants droit majeurs.

Prix limite de vente (PLV) : Dans le cadre du 100% santé, des prix limite de vente (PLV) sont imposés aux professionnels de santé afin de limiter le reste à charge des frais de santé des assurés. Ces PLV concernent certains verres et montures (dits de classe A), certaines prothèses dentaires et certaines audioprothèses (dites de classe 1)

Tiers payant : Le tiers payant est le mécanisme qui permet à un patient de ne pas avoir à avancer l'intégralité des frais de ses dépenses santé, si elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale ou un organisme de complémentaires santé. Pour bénéficier du tiers payant, il est nécessaire de présenter votre carte Vitale au professionnel de santé.

Dépassements d'honoraires : Il s'agit de la différence entre les honoraires demandés par un praticien et la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO) : L'OPTAM est un dispositif remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins). Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leur consultation. L'OPTAM-CO concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Réforme 100% Santé : Prix Limites de Vente

OPTIQUE : Equipements 100% Santé



	Équipement verres unifocaux			Équipement verres progressifs		
	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4
Niveau 1 : Corrections comprises entre 0 et 2 dioptries inclus	95€	105€	135€	180€	210€	260€
Niveau 2 : Corrections comprises entre 2 et 4 dioptries inclus	105€	115€	145€	190€	220€	270€
Niveau 3 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	125€	135€	165€	210€	240€	290€
Niveau 4 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	225€	235€	265€	290€	320€	370€
Niveau 5 : Corrections supérieures à 12 dioptries						

Verres simples

Verres complexes

Verres très complexes



AIDES AUDITIVES
Équipement 100% Santé



	1 ^{er} Janvier 2019		1 ^{er} Janvier 2020		1 ^{er} Janvier 2021		1 ^{er} Janvier 2022	
	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV
- 20 ans	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€
+ 20 ans	300€	1 300€	350€	1 100€	400€	950€	400€	900€*

*Le PLV 2022 pour les plus de 20 ans pourra évoluer selon la consommation nationale recencée par la Sécurité Sociale



Catégorie d'actes	Actes	1 ^{er} Avril 2019	1 ^{er} Janvier 2020	1 ^{er} Janvier 2021	1 ^{er} Janvier 2022	1 ^{er} Janvier 2023
Couronnes BR à 120 € dès le 01/01/2020	Céramique-monolithique (hors zircone) sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
	Céramique-Monolithique (zircone) hors molaires	480€	450€	450€	450€	450€
	Métallique (toutes les dents)	320€	290€	290€	290€	290€
	Céramique-métallique sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
Inlay-cores BR à 90 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	230€	175€	175€	175€	175€
Couronnes transitoires BR à 10 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	60€	60€	60€	60€	60€
Bridges	Métallique	870€	870€	870€	870€	870€
	Céramo-métallique	1465€	1465€	1465€	1465€	1465€
Prothèses dentaires amovibles	39 actes, hors transvissées et surimplantaires	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond
Réparations	9 actes	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond

Prestations applicables au 01/01/2020

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Hospitalisation			
Frais de séjour (Etablissements conventionnés et non conventionnés)	80% ou 100%	90% ou 70%	170%
Forfait journalier hospitalier illimité	-	oui	oui
Forfait journalier hospitalier en Maison d'Accueil Spécialisée	-	60 jours/an	60 jours/an
Forfait Franchise «Actes Lourds» sur actes techniques de plus de 120€	-	oui	oui
Forfait Chambre particulière par jour (Tout séjour comportant au moins une nuitée)	-	70€	70€
Limité à 90 jours par an dont 30 jours en soins de suite, maison de repos et psychiatrie	-		
Forfait Frais d'accompagnant par jour	-	30€	30€
Limité à 90 jours par an			
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	90% ou 70%	170%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	70% ou 50%	150%
Frais de transport pris en charge par le Régime Obligatoire	65%	35%	100%

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Soins courants			
Honoraires médicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	100%	170%
Honoraires médicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	80%	150%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	100%	170%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	80%	150%
Médicaments :			
Pharmacie à 65%	65%	35%	100%
Pharmacie à 30%	30%	70%	100%
Pharmacie à 15%	15%	85%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60% ou 70%	100% ou 90%	160%
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par le Régime Obligatoire	-	60€	60€
Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée			
Auxiliaires médicaux	60%	110%	170%
Matériel médical :			
Orthopédie, Appareillage (autre que dentaire)	60% ou 100%	40% ou 0%	100%
Forfait petit appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	70€	70€
Forfait grand appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	300€	300€
Les forfaits pour le matériel médical sont annuels et par bénéficiaire			

(1) Optam / Optam CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgien et Obstétricien pour Optam CO) - Anciennement CAS.

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Optique			
Monture et verres ou Equipements relevant du 100% santé (2) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres verres et monture (2) (3)			
Forfait monture	60%	100 €	100€
Forfait verres simples, par verre	60%	75 €	60% + 75 €
Forfait verres complexes, par verre	60%	125 €	60% + 125 €
Forfait verres très complexes, par verre	60%	200 €	60% + 200 €
Adaptation de la correction, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système antiphotos, verres iséiconiques)	60%	40%	100%
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire (4)	60%	40% + 250€	100% + 250€
Chirurgie réfractive (chirurgie laser de la myopie) (4)	-	300€	300€

(2) Prise en charge d'un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans à partir de la date de la dernière consommation RO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu par l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% santé (dits classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% santé (dits classe B), seuls les équipements relevant du 100% santé (classe A) seront remboursés dans leur totalité.

(3) Ces forfaits intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique. Seul le ticket modérateur sera servi par la Mutuelle au-delà d'un équipement ou du forfait sans pouvoir dépasser le plafond par correction. Prise en charge de la monture limitée à 100€ (RO et RC inclus).

(4) Forfait annuel par bénéficiaire



(ENERG4-AF) - 10/2019

Dentaire

Soins et prothèses dentaires relevant du 100% santé Tels que définis réglementairement	70%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins dentaires	70 %	100 %	170 %
Scellement des puits, sillons, fissures dentaires (enfants de moins de 14 ans)	70 %	30 %	100 %
Autres prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire (5)	70 %	230 %	300 %
Forfait actes non pris en charge par le Régime Obligatoire : parodontologie, implantologie (6)	-	200 €	200 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	100 %
Forfait diagnostic (6)	-	80 €	80 €
Forfait semestriel (7)	-	400 €	400 €
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire (6)	-	200 €	200 €

(5) Remboursement des dépassements limité à 3000 euros par an. Une fois le plafond atteint, prise en charge des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale dans la limite de 125% de la BR.

(6) Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée

(7) Le forfait semestriel s'entend 2 fois par an et par bénéficiaire

Aides auditives

Aides auditives relevant du 100% santé (8) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres aides auditives (8) Forfait par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	60%	40% + 300€	100% + 300€

(8) Prise en charge par bénéficiaire valable tous les 4 ans. La prise en charge des aides auditives relevant du 100% santé entre en vigueur à partir du 1er janvier 2021.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Cure thermale

Cure thermale Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	65% ou 70%	35% ou 30% + 150€	100% + 150€
---	------------	-------------------	-------------

Actes de prévention

Vaccination antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique Vaccination anti-grippe Dépistage Hépatite B	70% - 70%	30% Frais réels 30%	100% Frais réels 100%
Forfait global annuel pour les actes de prévention ci-dessous, sur présentation de facture acquittée : Amniocentèse, fécondation in vitro et périurale non prises en charge par le Régime Obligatoire Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, psychologue, podologue, pédicurie, sexologue, sevrage tabagique Densitométrie osseuse Moyens de contraception, vaccin anti HPV, vaccin rotavirus	-	150€	150€

Garantie d'assistance

Le service d'assistance santé de votre mutuelle 24h/24 et 7jours/7 (05 49 76 97 74) (9)	-	Inclus
---	---	--------

(9) Garantie par Inter Mutuelles Assistance, société anonyme au capital de 5 000 000 d'euros entièrement libérés. Entreprise régie par le Code des assurances immatriculée au RCS de Niort sous le N°481 511 632 - 118 Avenue de Paris - 79033 Niort

* Taux de prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime Obligatoire)

** Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale BR et ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Elles s'entendent sous déduction du remboursement du régime obligatoire sauf pour les forfaits.

En application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux alinéas II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, les majorations de participation visées aux articles L.161-36-2 du même code.



(ENERGIA-F) - 10/2019



HOSPITALISATION		
Base de Remboursement (BR) de la sécurité sociale : Selon l'établissement, 900 € par jour dans l'exemple Frais de séjour : 900 €		
Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan (20% BR)	Reste à charge
720 €	180 €	0 €

SOINS COURANTS			
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1 (signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	25 €	8,50 €
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 (non signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	20 €	13,50 €



OPTIQUE			
Monture + Verres simples			
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Monture et verres relevant du 100% Santé (Classe A) Verres simples BR : 9,75 € PLV : 32,5 € (par verre) Monture - BR : 9 € PLV : 30 € Total équipement : 95 €	17,10 €	77,90 €	0 €
Autres équipements optiques (Classe B) Verres simples - BR : 0,05 € Prix : 125 € p/verre Monture - BR : 0,05 € Prix : 200 € Total équipement : 450 €	0,09 €	250 €	199,91 €



DENTAIRE			
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Prothèses relevant du 100% Santé* Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	112 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	112 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Inlay Core - BR 90 € - Absence de PLV - Prix : 250 €	63 €	187 €	0 €
Prothèses relevant du 100% Santé* Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 500 €	84 €	416 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 550 €	84 €	276 €	190 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Prothèse Fixe Céramique - BR 107,5 € - Absence de PLV - Prix : 600 €	75,25 €	247,25 €	277,50 €
Détartrage BR : 43,38 € - Prix : 43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €

*La mise en place du 100% Santé pour le poste dentaire se fera progressivement en 2020 et 2021. Cela comprend l'évolution des bases de remboursement et la mise en place de prix limite de vente.



AIDES AUDITIVES			
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge	
Aides auditives relevant du 100% Santé (Classe I) Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - PLV 950 € *	240 €	710 €	0 €
Autres aides auditives (Classe II) tarifs libres Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - Absence de PLV Prix : 1400 € *	240 €	460 €	700 €

*Exemple basé sur la Base de remboursement au 1er janvier 2021.

La Base de remboursement des aides auditives évolue jusqu'au 1er janvier 2021, pour un montant de 400 € pour les > 20 ans et est de 1400 € pour les bénéficiaires <= 20 ans. Le prix limite de vente sera abaissé à 950 € en 2021 pour les > 20 ans et reste à 1400 € pour les <= 20 ans.

Mieux comprendre ma mutuelle

Base de remboursement (BR) : La Base de remboursement est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé en France par la Sécurité Sociale. Elle est fixée par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et déterminée grâce à un barème pour chaque acte médicallement tant sur le quel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale. Elle sert également de référence pour les assurances complémentaires santé.

Ticket Modérateur (TM) : Il s'agit de la différence entre le remboursement de la Sécurité Sociale et le montant de la Base de remboursement.

Participation forfaitaire : La participation forfaitaire est une contribution de 1 €, déduite des remboursements de la Sécurité sociale, pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. La participation forfaitaire de 1 € s'applique à l'assuré et ses ayants droit majeurs.

Prix limite de vente (PLV) : Dans le cadre du 100% santé, des prix limite de vente (PLV) sont imposés aux professionnels de santé afin de limiter le reste à charge des frais de santé des assurés. Ces PLV concernent certains verres et montures (dits de classe A), certaines prothèses dentaires et certaines audioprothèses (dites de classe 1)

Tiers payant : Le tiers payant est le mécanisme qui permet à un patient de ne pas avoir à avancer l'intégralité des frais de ses dépenses santé, si elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale ou un organisme de complémentaires santé. Pour bénéficier du tiers payant, il est nécessaire de présenter votre carte Vitale au professionnel de santé.

Dépassements d'honoraires : Il s'agit de la différence entre les honoraires demandés par un praticien et la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO) : L'OPTAM est un dispositif remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins). Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leur consultation. L'OPTAM-CO concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Réforme 100% Santé : Prix Limites de Vente

OPTIQUE : Equipements 100% Santé



	Équipement verres unifocaux			Équipement verres progressifs		
	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4
Niveau 1 : Corrections comprises entre 0 et 2 dioptries inclus	95€	105€	135€	180€	210€	260€
Niveau 2 : Corrections comprises entre 2 et 4 dioptries inclus	105€	115€	145€	190€	220€	270€
Niveau 3 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	125€	135€	165€	210€	240€	290€
Niveau 4 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	225€	235€	265€	290€	320€	370€
Niveau 5 : Corrections supérieures à 12 dioptries						

Verres simples

Verres complexes

Verres très complexes



AIDES AUDITIVES
Équipement 100% Santé



	1 ^{er} Janvier 2019		1 ^{er} Janvier 2020		1 ^{er} Janvier 2021		1 ^{er} Janvier 2022	
	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV
- 20 ans	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€
+ 20 ans	300€	1 300€	350€	1 100€	400€	950€	400€	900€*

*Le PLV 2022 pour les plus de 20 ans pourra évoluer selon la consommation nationale recencée par la Sécurité Sociale



Catégorie d'actes	Actes	1 ^{er} Avril 2019	1 ^{er} Janvier 2020	1 ^{er} Janvier 2021	1 ^{er} Janvier 2022	1 ^{er} Janvier 2023
Couronnes BR à 120 € dès le 01/01/2020	Céramique-monolithique (hors zircone) sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
	Céramique-Monolithique (zircone) hors molaires	480€	450€	450€	450€	450€
	Métallique (toutes les dents)	320€	290€	290€	290€	290€
	Céramique-métallique sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
Inlay-cores BR à 90 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	230€	175€	175€	175€	175€
Couronnes transitoires BR à 10 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	60€	60€	60€	60€	60€
Bridges	Métallique	870€	870€	870€	870€	870€
	Céramo-métallique	1465€	1465€	1465€	1465€	1465€
Prothèses dentaires amovibles	39 actes, hors transvissées et surimplantaires	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond
Réparations	9 actes	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond

Prestations applicables au 01/01/2020

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Hospitalisation			
Frais de séjour (Etablissements conventionnés et non conventionnés)	80% ou 100%	170% ou 150%	250%
Forfait journalier hospitalier illimité	-	oui	oui
Forfait journalier hospitalier en Maison d'Accueil Spécialisée	-	60 jours/an	60 jours/an
Forfait Franchise «Actes Lourds» sur actes techniques de plus de 120€	-	oui	oui
Forfait Chambre particulière par jour (Tout séjour comportant au moins une nuitée)	-	100€	100€
Limité à 90 jours par an dont 30 jours en soins de suite, maison de repos et psychiatrie	-		
Forfait Frais d'accompagnant par jour	-	35€	35€
Limité à 90 jours par an			
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	170% ou 150%	250%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	120% ou 100%	200%
Frais de transport pris en charge par le Régime Obligatoire	65%	35%	100%

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Soins courants			
Honoraires médicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	180%	250%
Honoraires médicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	130%	200%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	180%	250%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	130%	200%
Médicaments :			
Pharmacie à 65%	65%	35%	100%
Pharmacie à 30%	30%	70%	100%
Pharmacie à 15%	15%	85%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	190% ou 180%	250%
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par le Régime Obligatoire	-	80€	80€
Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée			
Auxiliaires médicaux	60%	190%	250%
Matériel médical :			
Orthopédie, Appareillage (autre que dentaire)	60% ou 100%	40% ou 0%	100%
Forfait petit appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	80€	80€
Forfait grand appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	400€	400€
Les forfaits pour le matériel médical sont annuels et par bénéficiaire			

(1) Optam / Optam CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgien et Obstétricien pour Optam CO) - Anciennement CAS.

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Optique			
Monture et verres ou Equipements relevant du 100% santé (2) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres verres et monture (2) (3)			
Forfait monture	60%	100 €	100€
Forfait verres simples, par verre	60%	115 €	60% + 115 €
Forfait verres complexes, par verre	60%	185 €	60% + 185 €
Forfait verres très complexes, par verre	60%	250 €	60% + 250 €
Adaptation de la correction, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	40%	100%
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire (4)	60%	40% + 350€	100% + 350€
Chirurgie réfractive (chirurgie laser de la myopie) (4)	-	500€	500€

(2) Prise en charge d'un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans à partir de la date de la dernière consommation RO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu par l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% santé (dits classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% santé (dits classe B), seuls les équipements relevant du 100% santé (classe A) seront remboursés dans leur totalité.

(3) Ces forfaits intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique. Seul le ticket modérateur sera servi par la Mutuelle au-delà d'un équipement ou du forfait sans pouvoir dépasser le plafond par correction. Prise en charge de la monture limitée à 100€ (RO et RC inclus).

(4) Forfait annuel par bénéficiaire



ENERG5-A-B-F - 10/2019

Dentaire

Soins et prothèses dentaires relevant du 100% santé Tels que définis réglementairement	70%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins dentaires	70 %	180 %	250 %
Scellement des puits, sillons, fissures dentaires (enfants de moins de 14 ans)	70 %	30 %	100 %
Autres prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire (5)	70 %	280 %	350 %
Forfait actes non pris en charge par le Régime Obligatoire : parodontologie, implantologie (6)	-	350 €	350 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	100 %
Forfait diagnostic (6)	-	100 €	100 €
Forfait semestriel (7)	-	500 €	500 €
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire (6)	-	350 €	350 €

(5) Remboursement des dépassements limité à 3000 euros par an. Une fois le plafond atteint, prise en charge des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale dans la limite de 125% de la BR.

(6) Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée

(7) Le forfait semestriel s'entend 2 fois par an et par bénéficiaire

Aides auditives

Aides auditives relevant du 100% santé (8) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres aides auditives (8) Forfait par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	60%	40% + 400€	100% + 400€

(8) Prise en charge par bénéficiaire valable tous les 4 ans. La prise en charge des aides auditives relevant du 100% santé entre en vigueur à partir du 1er janvier 2021.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Cure thermale

Cure thermale Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	65% ou 70%	35% ou 30% + 300€	100% + 300€
---	------------	-------------------	-------------

Actes de prévention

Vaccination antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique Vaccination anti-grippe Dépistage Hépatite B	70% - 70%	30% Frais réels 30%	100% Frais réels 100%
Forfait global annuel pour les actes de prévention ci-dessous, sur présentation de facture acquittée : Amniocentèse, fécondation in vitro et périurale non prises en charge par le Régime Obligatoire Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, psychologue, podologue, pédicurie, sexologue, sevrage tabagique Densitométrie osseuse Moyens de contraception, vaccin anti HPV, vaccin rotavirus	-	200€	200€

Garantie d'assistance

Le service d'assistance santé de votre mutuelle 24h/24 et 7jours/7 (05 49 76 97 74) (9)	-	Inclus
---	---	--------

(9) Garantie par Inter Mutuelles Assistance, société anonyme au capital de 5 000 000 d'euros entièrement libérés. Entreprise régie par le Code des assurances immatriculée au RCS de Niort sous le N°481 511 632 - 118 Avenue de Paris - 79033 Niort

* Taux de prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime Obligatoire)

** Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale BR et ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Elles s'entendent sous déduction du remboursement du régime obligatoire sauf pour les forfaits.

En application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux alinéas II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, les majorations de participation visées aux articles L.161-36-2 du même code.



(ENERG5-A-B-F) - 10/2019



HOSPITALISATION		
Base de Remboursement (BR) de la sécurité sociale : Selon l'établissement, 900 € par jour dans l'exemple Frais de séjour : 900 €		
Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan (20% BR)	Reste à charge
720 €	180 €	0 €

SOINS COURANTS		
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
16,50 €	32,50 €	1 €
16,50 €	32,50 €	1 €

Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1 (signataire de l'OPTAM)
BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €

Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 (non signataire de l'OPTAM)
BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €



OPTIQUE Monture + Verres simples		
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
17,10 €	77,90 €	0 €
0,09 €	330 €	119,91 €

Monture et verres relevant du 100% Santé* (Classe A)
Verres simples
BR : 9,75 € PLV : 32,5 € (par verre)
Monture - BR : 9 € PLV : 30 €
Total équipement : 95 €

Autres équipements optiques (Classe B)
Verres simples - BR : 0,05 € Prix : 125 € p/verre
Monture - BR : 0,05 € Prix : 200 €
Total équipement : 450 €



DENTAIRE		
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
63 €	112 €	0 €
63 €	112 €	0 €
63 €	187 €	0 €
84 €	416 €	0 €
84 €	336 €	130 €
75,25 €	301 €	223,75 €
30,36 €	13,02 €	0 €

Prothèses relevant du 100% Santé*
Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €

Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés
Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €

Prothèses relevant du panier à tarifs libres
Inlay Core - BR 90 € - Absence de PLV - Prix : 250 €

Prothèses relevant du 100% Santé*
Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 500 €

Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés
Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 550 €

Prothèses relevant du panier à tarifs libres
Prothèse Fixe Céramique - BR 107,5 € - Absence de PLV - Prix : 600 €

Détartrage
BR : 43,38 € - Prix : 43,38 €

*La mise en place du 100% Santé pour le poste dentaire se fera progressivement en 2020 et 2021. Cela comprend l'évolution des bases de remboursement et la mise en place de prix limite de vente.



AIDES AUDITIVES		
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
240 €	710 €	0 €
240 €	560 €	600 €

Aides auditives relevant du 100% Santé* (Classe I)
Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - PLV 950 € *

Autres aides auditives (Classe II) tarifs libres
Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - Absence de PLV
Prix : 1400 € *

*Exemple basé sur la Base de remboursement au 1er janvier 2021.

La Base de remboursement des aides auditives évolue jusqu'au 1er janvier 2021, pour un montant de 400 € pour les > 20 ans et est de 1400 € pour les bénéficiaires <= 20 ans. Le prix limite de vente sera abaissé à 950 € en 2021 pour les > 20 ans et reste à 1400 € pour les <= 20 ans.

Mieux comprendre ma mutuelle

Base de remboursement (BR) : La Base de remboursement est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé en France par la Sécurité Sociale. Elle est fixée par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et déterminée grâce à un barème pour chaque acte médicallement notés sur lequel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale. Elle sert également de référence pour les assurances complémentaires santé.

Ticket Modérateur (TM) : Il s'agit de la différence entre le remboursement de la Sécurité Sociale et le montant de la Base de remboursement.

Participation forfaitaire : La participation forfaitaire est une contribution de 1 €, déduite des remboursements de la Sécurité sociale, pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. La participation forfaitaire de 1 € s'applique à l'assuré et ses ayants droit majeurs.

Prix limite de vente (PLV) : Dans le cadre du 100% santé, des prix limite de vente (PLV) sont imposés aux professionnels de santé afin de limiter le reste à charge des frais de santé des assurés. Ces PLV concernent certains verres et montures (dits de classe A), certaines prothèses dentaires et certaines audioprothèses (dites de classe 1)

Tiers payant : Le tiers payant est le mécanisme qui permet à un patient de ne pas avoir à avancer l'intégralité des frais de ses dépenses santé, si elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale ou un organisme de complémentaires santé. Pour bénéficier du tiers payant, il est nécessaire de présenter votre carte Vitale au professionnel de santé.

Dépassements d'honoraires : Il s'agit de la différence entre les honoraires demandés par un praticien et la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO) : L'OPTAM est un dispositif remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins). Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leur consultation. L'OPTAM-CO concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Réforme 100% Santé : Prix Limites de Vente

OPTIQUE : Equipements 100% Santé



	Équipement verres unifocaux			Équipement verres progressifs		
	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4
Niveau 1 : Corrections comprises entre 0 et 2 dioptries inclus	95€	105€	135€	180€	210€	260€
Niveau 2 : Corrections comprises entre 2 et 4 dioptries inclus	105€	115€	145€	190€	220€	270€
Niveau 3 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	125€	135€	165€	210€	240€	290€
Niveau 4 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	225€	235€	265€	290€	320€	370€
Niveau 5 : Corrections supérieures à 12 dioptries						

Verres simples

Verres complexes

Verres très complexes



AIDES AUDITIVES
Équipement 100% Santé



	1 ^{er} Janvier 2019		1 ^{er} Janvier 2020		1 ^{er} Janvier 2021		1 ^{er} Janvier 2022	
	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV
- 20 ans	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€
+ 20 ans	300€	1 300€	350€	1 100€	400€	950€	400€	900€*

*Le PLV 2022 pour les plus de 20 ans pourra évoluer selon la consommation nationale recencée par la Sécurité Sociale



Catégorie d'actes	Actes	1 ^{er} Avril 2019	1 ^{er} Janvier 2020	1 ^{er} Janvier 2021	1 ^{er} Janvier 2022	1 ^{er} Janvier 2023
Couronnes BR à 120 € dès le 01/01/2020	Céramique-monolithique (hors zircone) sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
	Céramique-Monolithique (zircone) hors molaires	480€	450€	450€	450€	450€
	Métallique (toutes les dents)	320€	290€	290€	290€	290€
	Céramique-métallique sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
Inlay-cores BR à 90 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	230€	175€	175€	175€	175€
Couronnes transitoires BR à 10 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	60€	60€	60€	60€	60€
Bridges	Métallique	870€	870€	870€	870€	870€
	Céramo-métallique	1465€	1465€	1465€	1465€	1465€
Prothèses dentaires amovibles	39 actes, hors transvissées et surimplantaires	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond
Réparations	9 actes	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond

Prestations applicables au 01/01/2020

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Hospitalisation			
Frais de séjour (Etablissements conventionnés et non conventionnés)	80% ou 100%	220% ou 200%	300%
Forfait journalier hospitalier illimité	-	oui	oui
Forfait journalier hospitalier en Maison d'Accueil Spécialisée	-	60 jours/an	60 jours/an
Forfait Franchise «Actes Lourds» sur actes techniques de plus de 120€	-	oui	oui
Forfait Chambre particulière par jour (Tout séjour comportant au moins une nuitée)	-	Frais réels	Frais réels
Limité à 90 jours par an dont 30 jours en soins de suite, maison de repos et psychiatrie	-		
Forfait Frais d'accompagnant par jour	-	40€	40€
Limité à 90 jours par an			
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	220% ou 200%	300%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	120% ou 100%	200%
Frais de transport pris en charge par le Régime Obligatoire	65%	35%	100%

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Soins courants			
Honoraires médicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	230%	300%
Honoraires médicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	130%	200%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	230%	300%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	130%	200%
Médicaments :			
Pharmacie à 65%	65%	35%	100%
Pharmacie à 30%	30%	70%	100%
Pharmacie à 15%	15%	85%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	240% ou 230%	300%
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par le Régime Obligatoire	-	100€	100€
Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée			
Auxiliaires médicaux	60%	240%	300%
Matériel médical :			
Orthopédie, Appareillage (autre que dentaire)	60% ou 100%	40% ou 0%	100%
Forfait petit appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	90€	90€
Forfait grand appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	500€	500€
Les forfaits pour le matériel médical sont annuels et par bénéficiaire			

(1) Optam / Optam CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgien et Obstétricien pour Optam CO) - Anciennement CAS.

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Optique			
Monture et verres ou Equipements relevant du 100% santé (2) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres verres et monture (2) (3)			
Forfait monture	60%	100 €	100€
Forfait verres simples, par verre	60%	150 €	60% + 150 €
Forfait verres complexes, par verre	60%	250 €	60% + 250 €
Forfait verres très complexes, par verre	60%	300 €	60% + 300 €
Adaptation de la correction, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système antiphotos, verres iséiconiques)	60%	40%	100%
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire (4)	60%	40% + 500€	100% + 500€
Chirurgie réfractive (chirurgie laser de la myopie) (4)	-	700€	700€

(2) Prise en charge d'un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans à partir de la date de la dernière consommation RO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu par l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% santé (dits classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% santé (dits classe B), seuls les équipements relevant du 100% santé (classe A) seront remboursés dans leur totalité.

(3) Ces forfaits intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique. Seul le ticket modérateur sera servi par la Mutuelle au-delà d'un équipement ou du forfait sans pouvoir dépasser le plafond par correction. Prise en charge de la monture limitée à 100€ (RO et RC inclus).

(4) Forfait annuel par bénéficiaire



ENERGIE-EP - 10/2019

Dentaire

Soins et prothèses dentaires relevant du 100% santé Tels que définis réglementairement	70%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins dentaires	70 %	230 %	300 %
Scellement des puits, sillons, fissures dentaires (enfants de moins de 14 ans)	70 %	30 %	100 %
Autres prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire (5)	70 %	330 %	400 %
Forfait actes non pris en charge par le Régime Obligatoire : parodontologie, implantologie (6)	-	500 €	500 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	100 %
Forfait diagnostic (6)	-	110 €	110 €
Forfait semestriel (7)	-	600 €	600 €
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire (6)	-	500 €	500 €

(5) Remboursement des dépassements limité à 4000 euros par an. Une fois le plafond atteint, prise en charge des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale dans la limite de 125% de la BR.

(6) Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée

(7) Le forfait semestriel s'entend 2 fois par an et par bénéficiaire

Aides auditives

Aides auditives relevant du 100% santé (8) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres aides auditives (8) Forfait par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	60%	40% + 500€	100% + 500€

(8) Prise en charge par bénéficiaire valable tous les 4 ans. La prise en charge des aides auditives relevant du 100% santé entre en vigueur à partir du 1er janvier 2021.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Cure thermale

Cure thermale Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	65% ou 70%	35% ou 30% + 500€	100% + 500€
---	------------	-------------------	-------------

Actes de prévention

Vaccination antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélique Vaccination anti-grippe Dépistage Hépatite B	70% - 70%	30% Frais réels 30%	100% Frais réels 100%
Forfait global annuel pour les actes de prévention ci-dessous, sur présentation de facture acquittée : Amniocentèse, fécondation in vitro et périurale non prises en charge par le Régime Obligatoire Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, psychologue, podologue, pédicurie, sexologue, sevrage tabagique Densitométrie osseuse Moyens de contraception, vaccin anti HPV, vaccin rotavirus	-	250€	250€

Garantie d'assistance

Le service d'assistance santé de votre mutuelle 24h/24 et 7jours/7 (05 49 76 97 74) (9)	-	Inclus
---	---	--------

(9) Garantie par Inter Mutuelles Assistance, société anonyme au capital de 5 000 000 d'euros entièrement libérés. Entreprise régie par le Code des assurances immatriculée au RCS de Niort sous le N°481 511 632 - 118 Avenue de Paris - 79033 Niort

* Taux de prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime Obligatoire)

** Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale BR et ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Elles s'entendent sous déduction du remboursement du régime obligatoire sauf pour les forfaits.

En application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux alinéas II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, les majorations de participation visées aux articles L.161-36-2 du même code.





HOSPITALISATION		
Base de Remboursement (BR) de la sécurité sociale : Selon l'établissement, 900 € par jour dans l'exemple Frais de séjour : 900 €		
Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan (20% BR)	Reste à charge
720 €	180 €	0 €

SOINS COURANTS		
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
16,50 €	32,50 €	1 €
16,50 €	32,50 €	1 €

Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1 (signataire de l'OPTAM)
BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €

Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 (non signataire de l'OPTAM)
BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €



OPTIQUE Monture + Verres simples		
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
17,10 €	77,90 €	0 €
0,09 €	349,91 €	100 €

Monture et verres relevant du 100% Santé* (Classe A)
Verres simples
BR : 9,75 € PLV : 32,5 € (par verre)
Monture - BR : 9 € PLV : 30 €
Total équipement : 95 €

Autres équipements optiques (Classe B)
Verres simples - BR : 0,05 € Prix : 125 € p/verre
Monture - BR : 0,05 € Prix : 200 €
Total équipement : 450 €



DENTAIRE		
Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
63 €	112 €	0 €
63 €	112 €	0 €
63 €	187 €	0 €
84 €	416 €	0 €
84 €	396 €	70 €
75,25 €	354,75 €	170 €
30,36 €	13,02 €	0 €

Prothèses relevant du 100% Santé*
Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €

Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés
Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €

Prothèses relevant du panier à tarifs libres
Inlay Core - BR 90 € - Absence de PLV - Prix : 250 €

Prothèses relevant du 100% Santé*
Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 500 €

Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés
Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 550 €

Prothèses relevant du panier à tarifs libres
Prothèse Fixe Céramique - BR 107,5 € - Absence de PLV - Prix : 600 €

Détartrage
BR : 43,38 € - Prix : 43,38 €

*La mise en place du 100% Santé pour le poste dentaire se fera progressivement en 2020 et 2021. Cela comprend l'évolution des bases de remboursement et la mise en place de prix limite de vente.



AIDES AUDITIVES		
Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
240 €	710 €	0 €
240 €	660 €	500 €

Aides auditives relevant du 100% Santé* (Classe I)
Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - PLV 950 € *

Autres aides auditives (Classe II) tarifs libres
Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - Absence de PLV
Prix : 1400 € *

*Exemple basé sur la Base de remboursement au 1er janvier 2021.

La Base de remboursement des aides auditives évolue jusqu'au 1er janvier 2021, pour un montant de 400 € pour les > 20 ans et est de 1400 € pour les bénéficiaires <= 20 ans. Le prix limite de vente sera abaissé à 950 € en 2021 pour les > 20 ans et reste à 1400 € pour les <= 20 ans.

Mieux comprendre ma mutuelle

Base de remboursement (BR) : La Base de remboursement est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé en France par la Sécurité Sociale. Elle est fixée par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et déterminée grâce à un barème pour chaque acte médicallement tant sur le quel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale. Elle sert également de référence pour les assurances complémentaires santé.

Ticket Modérateur (TM) : Il s'agit de la différence entre le remboursement de la Sécurité Sociale et le montant de la Base de remboursement.

Participation forfaitaire : La participation forfaitaire est une contribution de 1 €, déduite des remboursements de la Sécurité sociale, pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. La participation forfaitaire de 1 € s'applique à l'assuré et ses ayants droit majeurs.

Prix limite de vente (PLV) : Dans le cadre du 100% santé, des prix limite de vente (PLV) sont imposés aux professionnels de santé afin de limiter le reste à charge des frais de santé des assurés. Ces PLV concernent certains verres et montures (dits de classe A), certaines prothèses dentaires et certaines audioprothèses (dites de classe 1)

Tiers payant : Le tiers payant est le mécanisme qui permet à un patient de ne pas avoir à avancer l'intégralité des frais de ses dépenses santé, si elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale ou un organisme de complémentaires santé. Pour bénéficier du tiers payant, il est nécessaire de présenter votre carte Vitale au professionnel de santé.

Dépassements d'honoraires : Il s'agit de la différence entre les honoraires demandés par un praticien et la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO) : L'OPTAM est un dispositif remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins). Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leur consultation. L'OPTAM-CO concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Réforme 100% Santé : Prix Limites de Vente

OPTIQUE : Equipements 100% Santé



	Équipement verres unifocaux			Équipement verres progressifs		
	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4
Niveau 1 : Corrections comprises entre 0 et 2 dioptries inclus	95€	105€	135€	180€	210€	260€
Niveau 2 : Corrections comprises entre 2 et 4 dioptries inclus	105€	115€	145€	190€	220€	270€
Niveau 3 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	125€	135€	165€	210€	240€	290€
Niveau 4 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	225€	235€	265€	290€	320€	370€
Niveau 5 : Corrections supérieures à 12 dioptries						

Verres simples

Verres complexes

Verres très complexes



AIDES AUDITIVES
Équipement 100% Santé



	1 ^{er} Janvier 2019		1 ^{er} Janvier 2020		1 ^{er} Janvier 2021		1 ^{er} Janvier 2022	
	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV
- 20 ans	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€
+ 20 ans	300€	1 300€	350€	1 100€	400€	950€	400€	900€*

*Le PLV 2022 pour les plus de 20 ans pourra évoluer selon la consommation nationale recencée par la Sécurité Sociale



Catégorie d'actes	Actes	1 ^{er} Avril 2019	1 ^{er} Janvier 2020	1 ^{er} Janvier 2021	1 ^{er} Janvier 2022	1 ^{er} Janvier 2023
Couronnes BR à 120 € dès le 01/01/2020	Céramique-monolithique (hors zircone) sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
	Céramique-Monolithique (zircone) hors molaires	480€	450€	450€	450€	450€
	Métallique (toutes les dents)	320€	290€	290€	290€	290€
	Céramique-métallique sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
Inlay-cores BR à 90 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	230€	175€	175€	175€	175€
Couronnes transitoires BR à 10 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	60€	60€	60€	60€	60€
Bridges	Métallique	870€	870€	870€	870€	870€
	Céramo-métallique	1465€	1465€	1465€	1465€	1465€
Prothèses dentaires amovibles	39 actes, hors transvissées et surimplantaires	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond
Réparations	9 actes	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond



Prestations applicables au 01/01/2020

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Hospitalisation			
Frais de séjour (Etablissements conventionnés et non conventionnés)	80% ou 100%	320% ou 300%	400%
Forfait journalier hospitalier illimité	-	oui	oui
Forfait journalier hospitalier en Maison d'Accueil Spécialisée	-	60 jours/an	60 jours/an
Forfait Franchise «Actes Lourds» sur actes techniques de plus de 120€	-	oui	oui
Forfait Chambre particulière par jour (tout séjour comportant au moins une nuitée)	-	Frais réels	Frais réels
Limité à 90 jours par an dont 30 jours en soins de suite, maison de repos et psychiatrie	-		
Forfait Frais d'accompagnant par jour	-	40€	40€
Limité à 90 jours par an			
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	320% ou 300%	400%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	120% ou 100%	200%
Frais de transport pris en charge par le Régime Obligatoire	65%	35%	100%

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Soins courants			
Honoraires médicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	330%	400%
Honoraires médicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	130%	200%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	330%	400%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	130%	200%
Médicaments :			
Pharmacie à 65%	65%	35%	100%
Pharmacie à 30%	30%	70%	100%
Pharmacie à 15%	15%	85%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	290% ou 280%	350%
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par le Régime Obligatoire	-	120€	120€
Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée			
Auxiliaires médicaux	60%	290%	350%
Matériel médical :			
Orthopédie, Appareillage (autre que dentaire)	60% ou 100%	40% ou 0%	100%
Forfait petit appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	100€	100€
Forfait grand appareillage pris en charge par le Régime Obligatoire	-	600€	600€
Les forfaits pour le matériel médical sont annuels et par bénéficiaire			

(1) Optam / Optam CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgien et Obstétricien pour Optam CO) - Anciennement CAS.

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Optique			
Monture et verres ou Equipements relevant du 100% santé (2) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres verres et monture (2) (3)			
Forfait monture	60%	100 €	100€
Forfait verres simples, par verre	60%	160 €	60% + 160 €
Forfait verres complexes, par verre	60%	250 €	60% + 250 €
Forfait verres très complexes, par verre	60%	350 €	60% + 350 €
Adaptation de la correction, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système antiphotos, verres iséiconiques)	60%	40%	100%
Lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire (4)	60%	40% + 600€	100% + 600€
Chirurgie réfractive (chirurgie laser de la myopie) (4)	-	900€	900€

(2) Prise en charge d'un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans à partir de la date de la dernière consommation RO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu par l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% santé (dits classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% santé (dits classe B), seuls les équipements relevant du 100% santé (classe A) seront remboursés dans leur totalité.

(3) Ces forfaits intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique. Seul le ticket modérateur sera servi par la Mutuelle au-delà d'un équipement ou du forfait sans pouvoir dépasser le plafond par correction. Prise en charge de la monture limitée à 100€ (RO et RC inclus).

(4) Forfait annuel par bénéficiaire



ENERGIE PRO - 10/2019

Dentaire

Soins et prothèses dentaires relevant du 100% santé Tels que définis réglementairement	70%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins dentaires	70 %	280 %	350 %
Autres prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire (5)	70 %	430 %	500 %
Scellement des puits, sillons, fissures dentaires (enfants de moins de 14 ans)	70 %	30 %	100 %
Forfait actes non pris en charge par le Régime Obligatoire : parodontologie, implantologie (6)	-	900 €	900 €
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	100 %
Forfait diagnostic (6)	-	120 €	120 €
Forfait semestriel (7)	-	700 €	700 €
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire (6)	-	600 €	600 €

(5) Remboursement des dépassements limité à 4000 euros par an. Une fois le plafond atteint, prise en charge des prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale dans la limite de 125% de la BR.

(6) Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée

(7) Le forfait semestriel s'entend 2 fois par an et par bénéficiaire

Aides auditives

Aides auditives relevant du 100% santé (8) Tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres aides auditives (8) Forfait par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	60%	40% + 600€	100% + 600€

(8) Prise en charge par bénéficiaire valable tous les 4 ans. La prise en charge des aides auditives relevant du 100% santé entre en vigueur à partir du 1er janvier 2021.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Cure thermale

Cure thermale Forfait annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture acquittée	65% ou 70%	35% ou 30% + 600€	100% + 600€
---	------------	-------------------	-------------

Actes de prévention

Vaccination antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique Vaccination anti-grippe Dépistage Hépatite B	70% - 70%	30% Frais réels 30%	100% Frais réels 100%
Forfait global annuel pour les actes de prévention ci-dessous, sur présentation de facture acquittée : Amniocentèse, fécondation in vitro et périurale non prises en charge par le Régime Obligatoire Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, psychologue, podologue, pédicurie, sexologue, sevrage tabagique Densitométrie osseuse Moyens de contraception, vaccin anti HPV, vaccin rotavirus	-	300€	300€

Garantie d'assistance

Le service d'assistance santé de votre mutuelle 24h/24 et 7jours/7 (05 49 76 97 74) (9)	-	Inclus
---	---	--------

(9) Garantie par Inter Mutuelles Assistance, société anonyme au capital de 5 000 000 d'euros entièrement libérés. Entreprise régie par le Code des assurances immatriculée au RCS de Niort sous le N°481 511 632 - 118 Avenue de Paris - 79033 Niort

* Taux de prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime Obligatoire)

** Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale BR et ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Elles s'entendent sous déduction du remboursement du régime obligatoire sauf pour les forfaits.

En application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux alinéas II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, les majorations de participation visées aux articles L.161-36-2 du même code.



©ENERGIE-BI - 10/2019



HOSPITALISATION		
Base de Remboursement (BR) de la sécurité sociale : Selon l'établissement, 900 € par jour dans l'exemple Frais de séjour : 900 €		
Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan (20% BR)	Reste à charge
720 €	180 €	0 €

	SOINS COURANTS		
	Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1 (signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	32,50 €	1 €
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 (non signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	32,50 €	1 €



	OPTIQUE Monture + Verres simples		
	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
Monture et verres relevant du 100% Santé (Classe A) Verres simples BR : 9,75 € PLV : 32,5 € (par verre) Monture - BR : 9 € PLV : 30 € Total équipement : 95 €	17,10 €	77,90 €	0 €
Autres équipements optiques (Classe B) Verres simples - BR : 0,05 € Prix : 125 € p/verre Monture - BR : 0,05 € Prix : 200 € Total équipement : 450 €	0,09 €	349,91 €	100 €



	DENTAIRE		
	Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
Prothèses relevant du 100% Santé* Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	112 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	112 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Inlay Core - BR 90 € - Absence de PLV - Prix : 250 €	63 €	187 €	0 €
Prothèses relevant du 100% Santé* Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 500 €	84 €	416 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 550 €	84 €	466 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Prothèse Fixe Céramique - BR 107,5 € - Absence de PLV - Prix : 600 €	75,25 €	462,25 €	62,50 €
Détartrage BR : 43,38 € - Prix : 43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €

*La mise en place du 100% Santé pour le poste dentaire se fera progressivement en 2020 et 2021. Cela comprend l'évolution des bases de remboursement et la mise en place de prix limite de vente.



	AIDES AUDITIVES		
	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
Aides auditives relevant du 100% Santé (Classe I) Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - PLV 950 € *	240 €	710 €	0 €
Autres aides auditives (Classe II) tarifs libres Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - Absence de PLV Prix : 1400 € *	240 €	760 €	400 €

*Exemple basé sur la Base de remboursement au 1er janvier 2021.

La Base de remboursement des aides auditives évolue jusqu'au 1er janvier 2021, pour un montant de 400 € pour les > 20 ans et est de 1400 € pour les bénéficiaires <= 20 ans. Le prix limite de vente sera abaissé à 950 € en 2021 pour les > 20 ans et reste à 1400 € pour les <= 20 ans.

Mieux comprendre ma mutuelle

Base de remboursement (BR) : La Base de remboursement est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé en France par la Sécurité Sociale. Elle est fixée par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et déterminée grâce à un barème pour chaque acte médicallement tant sur le quel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale. Elle sert également de référence pour les assurances complémentaires santé.

Ticket Modérateur (TM) : Il s'agit de la différence entre le remboursement de la Sécurité Sociale et le montant de la Base de remboursement.

Participation forfaitaire : La participation forfaitaire est une contribution de 1 €, déduite des remboursements de la Sécurité sociale, pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. La participation forfaitaire de 1 € s'applique à l'assuré et ses ayants droit majeurs.

Prix limite de vente (PLV) : Dans le cadre du 100% santé, des prix limite de vente (PLV) sont imposés aux professionnels de santé afin de limiter le reste à charge des frais de santé des assurés. Ces PLV concernent certains verres et montures (dits de classe A), certaines prothèses dentaires et certaines audioprothèses (dites de classe 1)

Tiers payant : Le tiers payant est le mécanisme qui permet à un patient de ne pas avoir à avancer l'intégralité des frais de ses dépenses santé, si elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale ou un organisme de complémentaires santé. Pour bénéficier du tiers payant, il est nécessaire de présenter votre carte Vitale au professionnel de santé.

Dépassements d'honoraires : Il s'agit de la différence entre les honoraires demandés par un praticien et la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO) : L'OPTAM est un dispositif remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins). Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leur consultation. L'OPTAM-CO concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Réforme 100% Santé : Prix Limites de Vente

OPTIQUE : Equipements 100% Santé



	Équipement verres unifocaux			Équipement verres progressifs		
	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4
Niveau 1 : Corrections comprises entre 0 et 2 dioptries inclus	95€	105€	135€	180€	210€	260€
Niveau 2 : Corrections comprises entre 2 et 4 dioptries inclus	105€	115€	145€	190€	220€	270€
Niveau 3 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	125€	135€	165€	210€	240€	290€
Niveau 4 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	225€	235€	265€	290€	320€	370€
Niveau 5 : Corrections supérieures à 12 dioptries						

Verres simples

Verres complexes

Verres très complexes



AIDES AUDITIVES
Équipement 100% Santé



	1 ^{er} Janvier 2019		1 ^{er} Janvier 2020		1 ^{er} Janvier 2021		1 ^{er} Janvier 2022	
	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV
- 20 ans	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€
+ 20 ans	300€	1 300€	350€	1 100€	400€	950€	400€	900€*

*Le PLV 2022 pour les plus de 20 ans pourra évoluer selon la consommation nationale recencée par la Sécurité Sociale



Catégorie d'actes	Actes	1 ^{er} Avril 2019	1 ^{er} Janvier 2020	1 ^{er} Janvier 2021	1 ^{er} Janvier 2022	1 ^{er} Janvier 2023
Couronnes BR à 120 € dès le 01/01/2020	Céramique-monolithique (hors zircone) sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
	Céramique-Monolithique (zircone) hors molaires	480€	450€	450€	450€	450€
	Métallique (toutes les dents)	320€	290€	290€	290€	290€
	Céramique-métallique sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
Inlay-cores BR à 90 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	230€	175€	175€	175€	175€
Couronnes transitoires BR à 10 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	60€	60€	60€	60€	60€
Bridges	Métallique	870€	870€	870€	870€	870€
	Céramo-métallique	1465€	1465€	1465€	1465€	1465€
Prothèses dentaires amovibles	39 actes, hors transvissées et surimplantaires	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond
Réparations	9 actes	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond

Prestations applicables au 01/01/2020

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Hospitalisation			
Frais de séjour (Etablissements conventionnés et non conventionnés)	80% ou 100%	20% ou 0%	100%
Forfait journalier hospitalier illimité	-	oui	oui
Forfait journalier hospitalier en Maison d'Accueil Spécialisée	-	60 jours/an	60 jours/an
Forfait Franchise « Actes Lourds » sur actes techniques de plus de 120€	-	oui	oui
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	20% ou 0%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	80% ou 100%	20% ou 0%	100%
Frais de transport pris en charge par le Régime Obligatoire	65%	35%	100%

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Soins courants			
Honoraires médicaux : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	30%	100%
Honoraires médicaux : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	30%	100%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	30%	100%
Actes de radiologie, imagerie, de technique médicale : Médecins non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO (1)	70%	30%	100%
Médicaments :			
Pharmacie à 65%	65%	35%	100%
Pharmacie à 30%	30%	70%	100%
Pharmacie à 15%	15%	85%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60% ou 70%	40% ou 30%	100%
Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%
Matériel médical :			
Orthopédie, Appareillage (autre que dentaire)	60% ou 100%	40% ou 0%	100%

(1) Optam / Optam CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgien et Obstétricien pour Optam CO) - Anciennement CAS.

	AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Solimut Centre Océan **	Total **
Optique			
Monture et verres ou Equipements relevant du 100% santé (2) <i>Tels que définis réglementairement</i>	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres verres et monture (2) (3)			
Forfait monture	60%	40 €	60% + 40 €
Forfait verres simples, par verre	60%	30 €	60% + 30 €
Forfait verres complexes, par verre	60%	80 €	60% + 80 €
Forfait verres très complexes, par verre	60%	125 €	60% + 125 €
Adaptation de la correction, appairage, verres avec filtres, autres suppléments (prisme, système antipétail, verres iséiconiques)	60%	40%	100%
Lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	60%	40%	100%

(2) Prise en charge d'un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans à partir de la date de la dernière consommation RO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu par l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% santé (dits classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% santé (dits classe B), seuls les équipements relevant du 100% santé (classe A) seront remboursés dans leur totalité.

(3) Ces forfaits intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique. Seul le ticket modérateur sera servi par la Mutuelle au-delà d'un équipement ou du forfait sans pouvoir dépasser le plafond par correction.



Dentaire

Soins et prothèses dentaires relevant du 100% santé <i>Tels que définis réglementairement</i>	70%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins dentaires Scellement des puits, sillons, fissures dentaires (enfants de moins de 14 ans) Autres prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire <i>Forfait semestriel (4)</i>	70% 70% 70% 70% ou 100%	30% 30% 55% 30% ou 0% 50€	100% 100% 125% 100% 50€

(4) Le forfait semestriel s'entend 2 fois par an et par bénéficiaire

Aides auditives

Aides auditives relevant du 100% santé (5) <i>Tels que définis réglementairement</i>	60%	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Autres aides auditives (5)	60%	40%	100%

(5) Prise en charge par bénéficiaire valable tous les 4 ans. La prise en charge des aides auditives relevant du 100% santé entre en vigueur à partir du 1er janvier 2021.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Cure thermique

Cure thermique	65% ou 70%	-	65% ou 70%
----------------	------------	---	------------

Actes de prévention (contrat responsable) (6)

Vaccination antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique Dépistage Hépatite B	60% ou 65% ou 70%	40% ou 35% ou 30%	100%
--	-------------------	-------------------	------

(6) Actes de prévention du contrat responsable (loi N° 2004-810 du 13 08 04, arrêté 08 06 06) - Prise en charge du ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables

* Taux de prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire (Régime Obligatoire)

** Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale BR et ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Elles s'entendent sous déduction du remboursement du régime obligatoire sauf pour les forfaits.

En application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux alinéas II de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, les majorations de participation visées aux articles L.161-36-2 du même code.





HOSPITALISATION		
Base de Remboursement (BR) de la sécurité sociale : Selon l'établissement, 900 € par jour dans l'exemple Frais de séjour : 900 €		
Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan (20% BR)	Reste à charge
720 €	180 €	0 €

	SOINS COURANTS		
	Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1 (signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	7,50 €	26 €
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 (non signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	7,50 €	26 €



	OPTIQUE Monture + Verres simples		
	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
Monture et verres relevant du 100% Santé (Classe A) Verres simples BR : 9,75 € PLV : 32,5 € (par verre) Monture - BR : 9 € PLV : 30 € Total équipement : 95 €	17,10 €	77,90 €	0 €
Autres équipements optiques (Classe B) Verres simples - BR : 0,05 € Prix : 125 € p/verre Monture - BR : 0,05 € Prix : 200 € Total équipement : 450 €	0,09 €	100 €	349,91 €



	DENTAIRE		
	Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
Prothèses relevant du 100% Santé* Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	112 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	49,50 €	62,50 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Inlay Core - BR 90 € - Absence de PLV - Prix : 250 €	63 €	49,50 €	137,50 €
Prothèses relevant du 100% Santé* Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 500 €	84 €	416 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 550 €	84 €	66 €	400 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Prothèse Fixe Céramique - BR 107,5 € - Absence de PLV - Prix : 600 €	75,25 €	59,12 €	465,63 €
Détartrage BR : 43,38 € - Prix : 43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €

*La mise en place du 100% Santé pour le poste dentaire se fera progressivement en 2020 et 2021. Cela comprend l'évolution des bases de remboursement et la mise en place de prix limite de vente.



	AIDES AUDITIVES		
	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle SOLIMUT Centre Océan	Reste à charge
Aides auditives relevant du 100% Santé (Classe I) Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - PLV 950 € *	240 €	710 €	0 €
Autres aides auditives (Classe II) tarifs libres Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - Absence de PLV Prix : 1400 € *	240 €	160 €	1000 €

*Exemple basé sur la Base de remboursement au 1er janvier 2021.

La Base de remboursement des aides auditives évolue jusqu'au 1er janvier 2021, pour un montant de 400 € pour les > 20 ans et est de 1400 € pour les bénéficiaires <= 20 ans. Le prix limite de vente sera abaissé à 950 € en 2021 pour les > 20 ans et reste à 1400 € pour les <= 20 ans.

Mieux comprendre ma mutuelle

Base de remboursement (BR) : La Base de remboursement est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé en France par la Sécurité Sociale. Elle est fixée par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et détermine grâce à un barème pour chaque acte médical le montant sur lequel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale. Elle sert également de référence pour les assurances complémentaire santé.

Ticket Modérateur (TM) : Il s'agit de la différence entre le remboursement de la Sécurité Sociale et le montant de la Base de remboursement.

Participation forfaitaire : La participation forfaitaire est une contribution de 1 €, déduite des remboursements de la Sécurité sociale, pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. La participation forfaitaire de 1 € s'applique à l'assuré et ses ayants droit majeurs.

Prix limite de vente (PLV) : Dans le cadre du 100% santé, des prix limite de vente (PLV) sont imposés aux professionnels de santé afin de limiter le reste à charge des frais de santé des assurés. Ces PLV concernant certains verres et montures (dits de classe A), certaines prothèses dentaires et certaines audioprothèses (dites de classe I)

Tiers payant : Le tiers payant est le mécanisme qui permet à un patient de ne pas avoir à avancer l'intégralité des frais de ses dépenses santé, si elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale ou un organisme de complémentaire santé. Pour bénéficier du tiers payant, il est nécessaire de présenter votre carte Vitale au professionnel de santé.

Dépassements d'honoraires : Il s'agit de la différence entre les honoraires demandés par un praticien et la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO) : L'OPTAM est un dispositif remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins). Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leur consultation. L'OPTAM-CO concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Réforme 100% Santé : Prix Limites de Vente

OPTIQUE : Equipements 100% Santé



	Équipement verres unifocaux			Équipement verres progressifs		
	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4
Niveau 1 : Corrections comprises entre 0 et 2 dioptries inclus	95€	105€	135€	180€	210€	260€
Niveau 2 : Corrections comprises entre 2 et 4 dioptries inclus	105€	115€	145€	190€	220€	270€
Niveau 3 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	125€	135€	165€	210€	240€	290€
Niveau 4 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	225€	235€	265€	290€	320€	370€
Niveau 5 : Corrections supérieures à 12 dioptries						

Verres simples

Verres complexes

Verres très complexes



AIDES AUDITIVES
Equipement 100% Santé



	1 ^{er} Janvier 2019		1 ^{er} Janvier 2020		1 ^{er} Janvier 2021		1 ^{er} Janvier 2022	
	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV
- 20 ans	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€
+ 20 ans	300€	1 300€	350€	1 100€	400€	950€	400€	900€*

*Le PLV 2022 pour les plus de 20 ans pourra évoluer selon la consommation nationale recencée par la Sécurité Sociale



Catégorie d'actes	Actes	1 ^{er} Avril 2019	1 ^{er} Janvier 2020	1 ^{er} Janvier 2021	1 ^{er} Janvier 2022	1 ^{er} Janvier 2023
Couronnes BR à 120 € dès le 01/01/2020	Céramique-monolithique (hors zircone) sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
	Céramique-Monolithique (zircone) hors molaires	480€	450€	450€	450€	450€
	Métallique (toutes les dents)	320€	290€	290€	290€	290€
	Céramique-métallique sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530€	500€	500€	500€	500€
Inlay-cores BR à 90 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	230€	175€	175€	175€	175€
Couronnes transitoires BR à 10 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	60€	60€	60€	60€	60€
Bridges	Métallique	870€	870€	870€	870€	870€
	Céramo-métallique	1465€	1465€	1465€	1465€	1465€
Prothèses dentaires amovibles	39 actes, hors transvisésés et surimplantaires	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond
Réparations	9 actes	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond	Sans plafond

