

Les prestations s'entendent remboursements de l'Assurance maladie compris, sauf indication expresse "Non pris en charge par l'AM".

Les garanties FORMULE 100%, FORMULE 125%, FORMULE 150%, FORMULE 200%, FORMULE 300% sont qualifiées de responsable conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale modifiés par la LFSS pour 2019 et du décret du 11 janvier 2019 visant notamment à garantir un accès sans reste à charge de certains soins ou équipements en optique, dentaire et audiology. En tout état de cause, le contrat prend en charge le ticket modérateur dans les conditions fixées par l'article R. 871-1 II du code de la sécurité sociale.

Les garanties Surco 125%, Surco 150%, Surco 200% et Surco 300% ne sont pas responsable au sens des articles susvisés et fera l'objet d'un contrat distinct du régime N1 conformément aux dispositions de la Circulaire DSS du 30 janvier 2015. Elles s'expriment en complément de la garantie de base choisie.

Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire en application de la loi du 13 août 2004 : ainsi sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

Contrat responsable

Date d'effet : 01/01/2020

		FORMULE 100%	FORMULE 125%	FORMULE 150%	FORMULE 200%	FORMULE 300%
Hospitalisation						
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)						
Frais de séjour		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière (<i>par jour</i>) (<i>limité à 90 jours par année civile</i>)		-	50 €	60 €	70 €	80 €
Honoraires						
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTAM	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait sur les actes lourds		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé						
Frais de séjour		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière (<i>par jour</i>) (<i>limité à 30 jours par année civile</i>)		-	50 €	60 €	70 €	80 €
Forfait journalier hospitalier						
Forfait journalier hospitalier		100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres frais hospitaliers						
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 18 ans ou d'un adulte (<i>par jour</i>)		-	10 €	15 €	20 €	25 €
Frais de transport		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Maternité						
Chambre particulière (<i>par jour</i>)		-	50 €	60 €	70 €	80 €
Forfait naissance ou adoption (<i>par enfant</i>)		-	-	50 €	100 €	150 €
Soins courants						
Honoraires médicaux						
Médecin généraliste	Médecin DPTAM	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Médecin spécialiste						
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin non DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de radiologie et échographie						

Santé - Prévoyance - Retraite

Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Médicaments					
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres soins courants					
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Matériel médical	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Dentaire					
Soins					
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Radiologie dentaire	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Plafond sur les prothèses dentaires, l'implantologie et les actes HN (par année civile) (Au-delà du plafond, remboursement du TM + 25 % de la BR)	-	1 000 €	1 200 €	1 400 €	1 600 €
Parodontologie non prise en charge par l'AM (par acte) - Voir liste en annexe	100 €	125 €	150 €	200 €	300 €
Prothèses					
Prothèses 100% santé*					
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Prothèses à tarifs maîtrisés limités à 100 % PLV et à tarifs libres					
Prothèses fixes : couronnes et bridges	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Prothèses amovibles					
Couronnes provisoires					
Inlays core					
Inlays / onlays					
Prothèses à tarifs libres					
Prothèses non prises en charge par l'AM (par dent) - Voir liste en annexe	120 €	150 €	180 €	240 €	360 €
Implantologie					
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Plafond sur l'implantologie (par implant) (Implant intraosseux (racine) et Inlay core non pris en charge par l'AM)	100 €	125 €	150 €	200 €	300 €
Orthopédie dento-faciale					
Orthodontie (par semestre de soins)	100% BR	100% BR + 125 €	100% BR + 150 €	100% BR + 200 €	100% BR + 300 €
Orthodontie non prise en charge par l'AM	100% BR reconstituée	100% BR reconstituée + 125 € par an	100% BR reconstituée + 150 € par an	100% BR reconstituée + 200 € par an	100% BR reconstituée + 300 € par an
Optique					
Paire de lunettes					
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment** pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux. Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal à la moyenne des remboursements des deux catégories. Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.					
Equipements 100% Santé*					
Monture, verres, suppléments et prestation optique	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Equipements à tarifs libres					
Plafond sur les montures	100 € - MR	100 € - MR	100 € - MR	100 € - MR	100 € - MR
Équipement simple (y compris monture)	50 €	125 €	150 €	200 €	300 €

Equipement complexe (y compris monture) Classe A : verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 6					
Classe C : verres unifocaux différents de la classe A, verres multifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0 avec cylindre inférieur ou égal à 4, sphéro-cylindrique dont la sphère est positive avec la somme (sphère + cylindre) inférieure ou égale à 8	200 €	200 €	250 €	300 €	400 €
Equipement très complexe (y compris monture) Classe F : verres multifocaux différents de la classe C	200 €	200 €	250 €	300 €	400 €

Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus.

Lentilles cornéennes

Lentilles prises en charge ou non par l'AM Au-delà du plafond, remboursement de 100 % de la BR – MR, par année civile	50 €	125 €	150 €	200 €	300 €
Prises en charge par l'AM (par paire et par année civile)	50 €	125 €	150 €	200 €	300 €
Non prises en charge par l'AM (par année civile et par bénéficiaire, y compris jetables)	50 €	125 €	150 €	200 €	300 €
Chirurgie réfractive (par œil et par année civile)	-	125 €	150 €	200 €	300 €

Aides auditives

Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Equipements 100% Santé*

Aides auditives	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
-----------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Equipements à tarifs libres

Aides auditives jusqu'à 20 ans (limité à 1700 € - MR)	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Aides auditives plus de 20 ans (limité à 1700 € - MR)	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR

Cures

Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile (frais de surveillance, hébergement et transport pris en charge par l'AM)	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
---	---	---------	---------	---------	---------

Prévention non prise en charge par l'AM

Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Homéopathe, Acupuncteur, Psychologue, Pédicure (par acte)	-	20 € (limité à 60 € par année civile)	20 € (limité à 80 € par année civile)	20 € (limité à 100 € par année civile)	20 € (limité à 120 € par année civile)
---	---	---------------------------------------	---------------------------------------	--	--

Assistance

Assistance santé	oui	oui	oui	oui	oui
Protection juridique	oui	oui	oui	oui	oui
Service à la personne	oui	oui	oui	oui	oui

Service

Téléconsultation	oui	oui	oui	oui	oui
------------------	-----	-----	-----	-----	-----

Contrat non-responsable

Date d'effet : 01/01/2020

SURCO 125

SURCO 150

SURCO 200

SURCO 300

Hospitalisation

Honoraires

Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin non DPTAM	25 % BR	50 % BR	100 % BR	200 % BR
--	-------------------	---------	---------	----------	----------

Soins courants

Honoraires médicaux

Médecin généraliste	Médecin non DPTAM	25 % BR	50 % BR	100 % BR	200 % BR
Médecin spécialiste					
Actes techniques dispensés par le médecin					
Actes de radiologie et échographie					

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "Soins non pris en charge par l'AM" : ablation de corps étranger d'un canal radiculaire d'une dent (HBGD012), application d'un topique pour hypersensibilité dentinaire (HBLD009), application dentaire d'un vernis de reminéralisation sur une arcade (HBLD045), désobturation endodontique d'une incisive ou d'une canine (HBGD030), désobturation endodontique d'une première prémolaire maxillaire (HBGD233), désobturation endodontique d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire (HBGD001), désobturation endodontique d'une molaire (HBGD033), éclaircissement de dent dépulpée (HBMD001), éclaircissement des dents pulpées (HBMD005), parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage (HBFD010), photographies de la face (ZAQP001), obturation d'une résorption radiculaire dentaire externe, par abord parodontal (HBBA001), reconstitution coronaire provisoire pour acte endodontique sur dent délabrée (HBMD006), séance d'application topique intrabuccale de fluorures (HBLD004), séance de renouvellement de l'obturation radiculaire d'une dent permanente immature à l'hydroxyde de calcium (HBMD003).

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "Parodontologie non prise en charge par l'AM" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplasie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), Gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), Surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), Assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), Pose d'un dispositif unimaxillaire de contention extracoronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), Séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018).

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "Chirurgie non prise en charge par l'AM" : allongement coronaire par gingivectomie sur une dent (HBAA338), amputation et/ou séparation radiculaire ou coronaradiculaire d'une dent (HBFD014), autogreffe d'une dent sur arcade, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement (HBED005), curetage d'alvéole dentaire (HBGB001), ostéoplasie d'une alvéole dentaire avec comblement par autogreffe osseuse (HBMA003), ostéoplasie d'une alvéole dentaire avec comblement par biomatériau (HBMA006), réduction de luxation d'une ou plusieurs dents (HBED011, HBED016), régénération parodontale (HBMA004).

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non prises en charge par l'AM" : Recèlement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (bridge) (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009).

* tels que définis réglementairement.

** Article qui renvoie à la liste prévue par l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (§ VIII qui vise les cas de renouvellements anticipés).

GSMC 155 - 10/2019

LEXIQUE :

ASSURANCE MALADIE (AM)

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : Tarif appliqué par l'Assurance maladie pour le remboursement de chaque acte médical et qui a fait l'objet d'une convention avec les professionnels de santé.

CONTRAT RESPONSABLE : Il s'agit d'un contrat qui doit respecter des règles comportant des exclusions et des obligations de prises en charges minimales définies aux articles R. 871-1 et R.87-2 du Code de la Sécurité sociale. Par ailleurs, le patient doit respecter le parcours de soins, c'est-à-dire, le passage du patient par le médecin traitant, avant toute autre consultation (sauf exception). Se référer à votre Règlement Mutualiste.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE EST APPLICABLE À L'ENSEMBLE DES SPÉCIALITÉS DE MÉDECINS (DPTAM) : Il s'agit d'un engagement du médecin envers la Sécurité sociale, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires.

FRAIS REELS (FR) : Frais engagés par l'adhérent pour ses soins.

MONTANT REMBOURSE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (MR) : Une garantie exprimée en « -MR » signifie qu'elle est exprimée y compris remboursement de la Sécurité Sociale.

PLAFOND MENSUEL SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS) : Le plafond de la Sécurité sociale (PSS) est un montant défini par le Code de la sécurité sociale. Il est décliné dans notre cas en montant mensuel. Le PMSS 2020 est égal à 3 428 €. Il évolue chaque année.

PRIX LIMITE DE VENTE DÉFINI PAR LA RÉGLEMENTATION EN VIGUEUR (PLV)

TICKET MODÉRATEUR (TM)

Santé – Prévoyance – Retraite

Mutuelle GSMC - Siège social : 7-9, place du Théâtre - 59800 Lille - Tél. : 03 20 82 82 26 - www.mutuelle-gsmc.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité - SIREN n°324 310 614 - Partenaire de Henner, mandataire de la mutuelle, ORIAS n° 07.002.039
TVA intra-communautaire : exonération article 261C du C.G.I.
Centre Administratif - Héron Parc - 40, rue de la Vague - 59650 Villeneuve d'Ascq - Tél. : 03 20 47 62 00