

Prestations		Dynamisme
Optique	Monture, verres <sup>(1)</sup>	450 €
	Lentilles <sup>(2)</sup>	300 € / an
Dentaire	Prothèses dentaires <sup>(3)</sup>	1000 € / an
	Orthodontie	900 € / an
Hospitalisation	Chambre seule / Dépassement d'honoraire <sup>(4)</sup>	900 € / an
Soins courants	Médecin généraliste <sup>(5)</sup>	30 € / an
	Médecin spécialiste <sup>(6)</sup>	60 € / an
	Consultation très complexe <sup>(7)</sup>	120 € / an
Autres soins	Ostéopathie <sup>(8)</sup>	50 € / acte
	Médecine douce <sup>(9)</sup>	150 € / an
	Forfait naissance <sup>(10)</sup>	600 € / an
Appareillages	Autres appareillages <sup>(11)</sup>	800 € / an
	Appareils auditifs <sup>(12)</sup>	1300 €

**En Surcomplémentaire, la Mutuelle ne vous remboursera que sur présentation du décompte de la première mutuelle.**

Le remboursement de la mutuelle ne prend pas en charge les actes hors nomenclatures, ni la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L322-2 du code de Sécurité Sociale, ni la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins, ni les dépassements d'honoraires hors parcours de soins.

Les remboursements de la Sécurité sociale et de la Mutuelle ne peuvent en aucun cas dépasser le montant de la dépense engagée. Tous les forfaits s'entendent par an et par personne.

(1) Participation limitée à un équipement composé de **deux verres et d'une monture**, par période de **deux ans**.

(2) Forfait annuel, sur présentation de la facture accompagnée de la prescription de l'**ophtalmologiste** datant de moins d'un an.

(3) **Forfait annuel** sur présentation du décompte Sécurité Sociale et/ou de la première complémentaire santé indiquant les dépenses engagées ou de la notification de refus de cet organisme accompagné de la facture du praticien.

(4) **Forfait annuel** concernant **les frais d'hospitalisation**, uniquement pour les établissements conventionnés par la Sécurité Sociale, pouvant comprendre la chambre particulière, les dépassements d'honoraires, le lit d'accompagnant ou la pension d'un parent dans un centre agréé spécialisé pour les enfants de moins de 12 ans. Sont exclus tous autres frais (repas, télévision, téléphone...) et l'ambulatoire.

(5) Participation pour tout **dépassement d'honoraires**, limité à 12 actes par an, sur présentation du décompte Sécurité Sociale et/ou de la première complémentaire santé indiquant les frais engagés, ainsi que pour les actes techniques effectués par un médecin **généraliste**. Sont exclus les dépassements pour les visites à domicile.

(6) Participation pour tout **dépassement d'honoraires**, limité à 12 actes par an, sur présentation du décompte Sécurité Sociale et/ou de la première complémentaire santé indiquant les frais engagés, ainsi que pour les actes techniques effectués par un **spécialiste**. Sont exclus les dépassements pour les visites à domicile.

(7) Participation pour tout **dépassement d'honoraires** (acte en C3), limité à **6 actes par an**, sur présentation du décompte Sécurité Sociale et/ou de la première complémentaire santé, indiquant les frais engagés.

(8) Forfait par séance avec un maximum de **2 séances par an**, sur présentation de la facture du professionnel de santé.

(9) Etiopathie, chiropractie, homéopathie, diététique (uniquement si acte réalisé par un professionnel de santé).

(10) Si inscription de l'enfant à la **naissance**, après une période de carence obligatoire de 12 mois, sur présentation d'une fiche d'état civil portant filiation de l'enfant ou présentation du jugement d'adoption pour un enfant mineur et d'un justificatif de prise en charge par un régime de protection sociale français par l'un des parents. En cas de naissances multiples, ce forfait est proportionnel au nombre d'enfants. Il sera versé au 7ème mois d'inscription de l'enfant.

(11) Forfait annuel pour toute **prothèse**, après acceptation de la Sécurité Sociale, à l'exception des prothèses dentaires et auditives.

(12) **Forfait pour 4 ans** après prise en charge de la Sécurité Sociale et de la première complémentaire santé.

La cotisation est individuelle et déterminée par âge. L'Age de référence est celui du mois de naissance.

Tout changement de garantie (Vigueur, Sureté, Intensité, Dynamisme) ne peut se faire qu'au 1er janvier de chaque année, après un an d'adhésion pour descendre de niveau de garantie et deux ans d'adhésion pour monter de niveau de garantie. La demande doit nous parvenir au plus tard le 30 octobre.