

 HOSPITALISATION	Informations complémentaires	A.M.O**	A.M.O** + Mutuelle
Frais de séjour en établissements publics et privés conventionnés ou non		80 ou 100%	150% BRSS
Forfait journalier illimité	Dans la limite de 60 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en établissements et services spécialisés définis dans les dispositions contractuelles.	-	Frais réels
Forfait patient urgence		-	Frais réels
Chambre particulière	Dans la limite de 90 jours par an et par bénéficiaire en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité ; 30 jours en établissements et services spécialisés, pour les séjours comportant au moins une nuitée dans les établissements et services définis dans les dispositions contractuelles.	-	60€/j
Frais d'accompagnement hospitalier	En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire inscrit au contrat limité à 90 jours par année civile et par bénéficiaire hospitalisé. Les frais d'accompagnement sont pris en charge lorsque ceux-ci sont facturés au nom du bénéficiaire des soins, assuré par la mutuelle.	-	25€/j
Honoraires, actes de chirurgie, actes techniques médicaux : médecins adhérents au DPTAM***		80 ou 100%	150% BRSS
Honoraires, actes de chirurgie, actes techniques médicaux : médecins non adhérents au DPTAM***		80 ou 100%	130% BRSS

 OPTIQUE			
ÉQUIPEMENT OPTIQUE CLASSE A - RAC 0 APPELÉ 100% SANTÉ	RAC 0 appelé 100% santé : prise en charge de l'intégralité des frais d'acquisition des dispositifs d'optique médicale à usage individuel à hauteur des frais exposés par l'adhérent, tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. Plafonné aux prix limites de vente optique.		100% PLV
Équipement optique Classe B	Tarifs libres pratiqués par le professionnel de santé.	60%	
Monture	Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Les montants affichés incluent le ticket modérateur.		90€ 70€ 100€ 150€
Verres simples, par verre			
Verres complexes, par verre			
Verres très complexes, par verre			
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien		60%	100% BRSS
Appairage	Prestation non prise en charge dans le cadre des verres de Classe B.	60%	100% PLV
Verres avec filtre	100% BRSS dans le cadre de verres de Classe B.	60%	100% PLV
Autres suppléments (prisme, système antiphotos, verres isométriques)		60%	100% BRSS
Lentilles		60%	100% BRSS
Lentilles correctrices prises en charge ou non par l'AMO (y compris forfait adaptation)		-	200€
Chirurgie réfractive prise en charge ou non par l'AMO (par œil)		-	100€

 DENTAIRE			
Soins dentaires	Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures dentaires est couvert pour les enfants de moins de 14 ans. (P)	60%	150% BRSS
Soins prothétiques et prothèses dentaires pris en charge par l'AMO :			
PANIER DE SOINS RAC 0 APPELÉ 100% SANTÉ	RAC 0 appelé 100% santé : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses dentaires exposés par l'adhérent, tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. Plafonné aux prix limites de facturation.	60%	100% PLV
Panier de soins tarifs maîtrisés	Plafonné aux prix limites de facturation.	60%	250% BRSS
Panier de soins tarifs libres		60%	250% BRSS
Actes non pris en charge par l'AMO : parodontologie et implantologie	Réalisés par un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologue maxillo-facial. Les actes hors nomenclature, c'est-à-dire ceux qui ne disposent pas de code CCAM, ne sont pas pris en charge.	-	150€
Parodontologie réalisée dans un centre mutualiste (P)	Réalisés par un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologue maxillo-facial.	-	120€
Orthodontie prise en charge par l'AMO	L'orthodontie signifie traitement orthodontique. Sont exclues les éventuelles pertes ou casses de l'appareil dentaire.	60 ou 100%	260% BRSS
Diagnostic		-	70€
Orthodontie non prise en charge par l'AMO		-	100€
Remboursement des dépassements (hors soins et orthodontie) limité à	Une fois le plafond atteint, prise en charge des prothèses dentaires remboursées par l'AMO dans la limite de 125%. Hors panier de soins 100% santé.		2 000€

SOINS COURANTS		Informations complémentaires	A.M.O**	A.M.O** + Mutuelle
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes : médecins adhérents au DPTAM***			70%	150% BRSS
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes : médecins non adhérents au DPTAM***			70%	130% BRSS
Service de téléconsultation 24h/24, 7j/7****		M Medaviz	-	Inclus
Consultations Psychologues prises en charge par l'AMO	Dans la limite de 12 séances par an et par bénéficiaire dans les conditions prévues réglementairement.		60%	100% BRSS
Radiologie, échographie et actes techniques médicaux : médecins adhérents au DPTAM***			70%	150% BRSS
Radiologie, échographie et actes techniques médicaux : médecins non adhérents au DPTAM***			70%	130% BRSS
Analyses et examens de laboratoire			60 ou 70%	140% BRSS
Participation aux frais d'examens de laboratoire non pris en charge par l'AMO			-	40€
Frais de transport			55%	100% BRSS
Honoraires paramédicaux			60%	150% BRSS
Médicaments à service médical rendu important			65%	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu modéré			30%	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu faible			15%	100% BRSS
Vaccination antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique (P)			65 ou 70%	100% BRSS
Vaccination anti-grippe (P)			-	Frais réels
Dépistage Hépatite B (P)			60%	100% BRSS
Matériel médical			60 ou 100%	100% BRSS
Fauteuil roulant à prise en charge renforcée	Location court terme < 6 mois. La prescription doit être établie par un professionnel habilité et le fauteuil doit être inscrit dans la nouvelle nomenclature renforcée.		60%	100% PLV
PROTHÈSE CAPILLAIRE CLASSE II - 100% SANTÉ		Prothèses contenant au moins 30% de cheveux naturels. Le renouvellement n'est pas possible avant 12 mois.	350€	100% PLV
Petit appareillage pris en charge par l'AMO			-	60€
Grand appareillage pris en charge par l'AMO			-	200€

AIDES AUDITIVES				
PROTHÈSE AUDITIVE CLASSE I RAC O APPELÉ 100% SANTÉ		RAC O appelé 100% santé : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses auditives exposés par l'adhérent, tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation. Prise en charge limitée, pour chaque oreille et par bénéficiaire, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.		100% PLV
Prothèse auditive Classe II		Prise en charge limitée, pour chaque oreille et par bénéficiaire, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.	60%	100% BRSS +100€
Piles et accessoires			60%	100% BRSS

CURES				
Cure thermale			65%	100% BRSS
Honoraires de surveillance			70%	100% BRSS
Frais cure thermale		Prise en charge des frais de transport remboursés par la Sécurité Sociale et des frais d'hébergement.	-	100€

PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES				
Amniocentèse (P), fécondation in vitro et péridurale non prises en charge par l'AMO		Montant pris en charge pour la médecine complémentaire sur justificatif d'un professionnel enregistré sur le répertoire Adeli ou RPPS ou du numéro FINESS du professionnel de santé. Remboursement en complément des dépassements d'honoraires ou pour des pratiques non prises en charge par l'AMO sur présentation d'une facture acquittée.	-	Jusqu'à 100€
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, psychologue, podologue, pédicure, sexologue, sevrage tabagique		Montant global à répartir en fonction des besoins. L'éventuel ticket modérateur s'ajoute au montant global.	-	
Densitométrie osseuse prise en charge par l'AMO (P)			-	
Moyens de contraception, vaccin anti HPV, vaccin rotavirus (P)			-	

BRSS : Base de remboursement Sécurité Sociale. FR : Frais réels.
TM : Ticket modérateur. PLV : Prix Limites de vente. RAC O : Reste à charge Zéro.

Tous les montants s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention contraire, et dans la limite des plafonds du contrat responsable.

* 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 II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale, les majorations de participation visées aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code. Pour les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€, la franchise est intégralement prise en charge.

** Assurance Maladie Obligatoire : Les taux de remboursement de l'A.M.O sont mentionnés ci-dessus à titre indicatif pour le Régime obligatoire et peuvent être modifiés par décision réglementaire. Toute modification de ces taux sera répercutée sur le remboursement total. Les taux sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite des dépenses réelles engagées. Taux en vigueur au 01/01/2026.

*** DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

**** La téléconsultation Medaviz est un service en inclusion de votre contrat santé. Accessible depuis votre Espace Adhérents Solimut. Médecins généralistes et spécialistes disponibles 24 heures/24, 7 jours/7. PODALIRE, société par actions simplifiée au capital de 83 800 euros, dont le siège social est 10, rue de Penthièvre - 75008 Paris, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 807 414 024. N° Tel : 09 78 46 02 21.

(P) PRÉVENTION Solimut Mutuelle de France prend en charge le ticket modérateur de tous les actes de prévention dans le cadre du contrat responsable.

Solimut Mutuelle de France, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75 436 Paris Cedex 9), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est sis 7, quai de la Joliette, 13002 Marseille.



www.solimut-mutuelle.fr