



Convention de participation santé

Centre Interdépartemental de Gestion de la Grande Couronne

convention 2024



Soins courants

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérés aux dispositifs de pratiques tarifaires (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100 % du tarif responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérés à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20 % du tarifs responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : <http://annuairesante.ameli.fr>

Prestations remboursées par l'Assurance maladie

Consultations, visites : généralistes

- Praticien adhérent à un DPTAM
- Praticien non-adhérent à un DPTAM

Consultations, visites : spécialistes

- Praticien adhérent à un DPTAM
- Praticien non-adhérent à un DPTAM

Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)

Médicaments à SMR important

Médicaments à SMR modéré

Médicaments à SMR faible

Frais de transport

Contraception sur prescription

Substituts nicotiniques

Analyses et examens

Actes techniques médicaux et d'échographie

- Praticien adhérent à un DPTAM
- Praticien non-adhérent à un DPTAM

Actes d'imagerie

- Praticien adhérent à un DPTAM
- Praticien non-adhérent à un DPTAM

Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux

Analyses et examens de laboratoires

Matériel médical

Matériel, pansements, accessoires, appareillage, grand appareillage, prothèses

Frais d'entretien

Protection santé mentale

Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)

Honoraires de psychologues non remboursés par l'Assurance maladie

Garantie assistance psychologie (par téléphone ou présentiel - 10 séances/bénéficiaire)

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie

Participation assurés actes > 120 €

Contraceptif prescrit

Produits homéopathiques (par an)

Médecines douces (par an) : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étiopathes, homéopathes, mésothérapeutes, micro-kinésithérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, podologues, psychomotriciens, réflexologues, substituts nicotiniques.

Aides auditives

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.

Équipement 100 % Santé appartenant à une prise en charge renforcée

Équipement complet

Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée

Remboursement par aide auditive (y compris base de remboursement)

Frais entretien

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérés aux dispositifs de pratiques tarifaires (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100 % du tarif responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérés à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20 % du tarifs responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : <http://annuairesante.ameli.fr>

Prestations remboursées par l'Assurance maladie

Honoraires médicaux et chirurgicaux

- Praticien adhérent à un DPTAM
- Praticien non-adhérent à un DPTAM

NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
----------	----------	----------

100 %	125 %	250 %
100 %	105 %	200 %

150 %	175 %	250 %
130 %	155 %	200 %

150 %	175 %	250 %
130 %	155 %	200 %

100 %	125 %	200 %
100 %	105 %	180 %
100 %	125 %	200 %

100 %	100 %	100 %
Oui	Oui	Oui

Oui	Oui	Oui
30 €/An	30 €/An	30 €/An
50 €/An	50 €/An	50 €/An
45 €/An	135 €/An	165 €/An

--	--	--

Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
1 000 €	1 350 €	1 700 €
100 %	100 %	100 %

150 %	300 %	300 %
130 %	200 %	200 %

Actes de spécialités

- Praticien adhérent à un DPTAM
- Praticien non-adhérent à un DPTAM
- Frais de séjour
- Soins thermaux

150 %	300 %	300 %
130 %	200 %	200 %
100 %	100 %	150 %
100 %	100 % + 100 €	100 % + 150 €

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie

- Participation du patient actes > 120 €
- Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)
- Forfait journalier hospitalier
- Forfait journalier psychiatrie
- Forfait chambre particulière (par jour et selon durée non limitée)
- Forfait accompagnant enfant de moins de 16 ans (par jour, limité à 60 jours)

Oui	Oui	Oui
100 %	100 %	100 %
Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais réels	Frais réels	Frais réels
42 €	76 €	100 €
15 €	15 €	15 €

Optique

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.

Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limités à 100 €. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle(article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).

Prestations remboursées par l'Assurance maladie

Équipement 100 % Santé appartenant à une prise en charge renforcée

- Équipement complet

Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
------------------------	------------------------	------------------------

Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée

Remboursement de l'équipement (limité à 100 € pour la monture)

- a) Équipement à verres simples
- b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
- c) Équipement à verres complexes
- d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
- e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
- f) Équipement à verres très complexes

Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire - Cumulable avec le forfait lunette

150 €	270 €	370 €
200 €	360 €	493 €
250 €	450 €	617 €
218 €	392 €	537 €
268 €	482 €	661 €
286 €	514 €	705 €
180 €	380 €	480 €

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie

Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)

Correction des défauts visuels par toutes les chirurgies de l'œil (par œil)

100 €	150 €	300 €
180 €	420 €	580 €

Dentaire

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.

Prestations remboursées par l'Assurance maladie

Honoraires - Soins dentaires

100 %	150 %	200 %
190 %	235 %	300 %

Traitements d'orthodontie

Prothèses dentaires (y compris inlay core et inlays-onlays)

Panier de soins 100 % Santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)

Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
150 %	300 %	400 %
150 %	300 %	400 %

Panier de soins aux tarifs maîtrisés

Panier de soins aux tarifs libres

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie

Traitements d'orthodontie (par an) (% BR reconstitué)

Implant (par implant avec limite de 3 implants par an)

90 %	135 %	180 %
180 €	380 €	480 €

Autres prestations

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR/TRSS/TA), ou/et en forfaits.

Prestations remboursées par l'Assurance maladie

Actes de prévention (7 actes)

Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)

100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %
100 %	100 %	100 %

Détartrage annuel complet

Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)

Dépistage hépatite B

Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)

Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)

Vaccins (sur liste)

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie

Allocation naissance ou adoption

Assistance

100 €	100 €	100 €
Oui	Oui	Oui

Pour adhérer, c'est très simple

- **Vous êtes adhérent à une précédente convention de participation Santé** qui prend fin le 31 décembre 2023, afin de maintenir vos garanties, votre adhésion doit intervenir avant le 1^{er} janvier 2024.
- **Vous ne disposez pas d'une couverture santé** : votre adhésion intervient le 1^{er} jour du mois suivant la réception de votre bulletin d'adhésion complété, et des pièces justificatives.
- **Vous disposez d'une complémentaire santé auprès d'un autre organisme** : vous devez résilier votre contrat actuel, depuis la mise en place au 1^{er} décembre 2020 de la Résiliation Infra Annuelle, vous pouvez le résilier à tout moment après 1 an d'adhésion.

- 1 • Je complète mon bulletin d'adhésion
- 2 • Je joins un RIB pour mes remboursements et les pièces justificatives
- 3 • Je dépose mon dossier à l'accueil RH

Contactez-nous

Par téléphone au **0805 500 002** de 8 h 30 à 18 h 30 du lundi au vendredi et le samedi de 8 h 30 à 12 h.

Vous pouvez également nous rencontrer dans l'une de nos 24 agences ci-après :

MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE- groupe VYV:

8 agences : Paris (75), Evry (91), Pontoise (95), Dammarie-Les-Lys (77), Versailles (78), Rosny sous-bois (93), Point d'accueil à Bussy Saint Georges (77), Chartres (28)

HARMONIE MUTUELLE - groupe VYV:

16 agences à Paris (75): 8^e, 10^e, 12^e, 15^e arrondissement, Nanterre (92), Vernon (27), Bernay (27), Evreux (27), Gisors (27), Les Andelys (27), Louviers (27), Pont Audemer (27), Chartres (28), Châteaudun (28), Dreux (28), Lucé (28)

