GARANTIE GSORS au 01/01/2023	REMBOURSEMENTS	
	Régime de Base	Total
SOINS COURANTS		
Honoraires médecins (consultations, visites) et honoraires pour actes techniques (dont imagerie)		
- Méd.adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	70 %	185 %
- Méd.non adhérent pratiques tarifaires maîtrisées*	70 %	165 %
Médicaments (1)		
- Médicaments pris en charge par l'AMO 30%	30 %	100 %
- Médicaments pris en charge par l'AMO 60%	60 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	60 %	165 %
Honoraires paramédicaux	60 %	165 %
Psychologues conventionnés dispositif MonPsy (2)	60 %	100 %
Matériel médical :		
- Fournitures, orthopédie et autres appareillages	60 %	180 %
Transports en ambulance,VSL remboursés par l'AMO	65 %	170 %
OPTIQUE		
Equipement "100% santé" (3)		
- Monture et verres (4)	60 %	100 % Frais Réels
- Appairage, adaptation et autres suppléments (4)	60 %	100 % Frais Réels
Equipement hors "100% santé" (3)		
- Equipement verres simples (5)	60 %	Forfait 350 € (6)
- Equipement verres mixtes (5)	60 %	
- Equipement verres complexes et/ou hypercomplexes (5)	60 %	
Lentilles remboursées ou non par l'AMO (7)	60% / 0%	100 % / 0% + Forfait 100 € (8)
Adaptation et autres suppléments remb. par l'AMO	60 %	100 %
Chirurgie réfractive (9)	-	Forfait 153 € (8)
DENTAIRE (4)		
Soins, prothèses "100% santé"	70 %	100 % Frais Réels
Soins, prothèses hors "100% santé" (10)		
- Consultations, soins dentaires remb. par l'AMO	70 %	175 %
- Inlays,onlays remboursés par l'AMO	70 %	175 %
- Inlays core remboursés par l'AMO	70 %	150 %
- Prothèses remboursées par l'AMO	70 %	225 %
- Prothèses non remboursées par l'AMO	-	Forfait 120 € (11)
Autres prestations dentaires		
- Orthodontie remboursée par l'AMO	100 %	205 %
- Implantologie non remboursée par l'AMO	-	Forfait 300 € (8)
AIDES AUDITIVES (12)		
Equipement "100% santé" (4)	60 %	100 % Frais Réels
Equipement hors "100% santé" max 1700 Euros/Acte (4)	60 %	230 %
HOSPITALISATION (13)		
MEDICALE		
Honoraires médicaux :		
- Méd.adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	80% ou 100%	200 %
- Méd.non adhérent pratiques tarifaires maîtrisées*	80% ou 100%	180 %
Frais de séjour	80% ou 100%	200 %
Forfait Patient Urgence (FPU) (14)	-	100 % des Frais Réels
Chambre particulière (15)	-	50 € / jour
Forfait journalier hospitalier (16)	-	100 % des Frais Réels
Chirurgicale	-	-
Honoraires médicaux :		
- Méd.adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	80% ou 100%	200 %
- Méd.non adhérent pratiques tarifaires maîtrisées*	80% ou 100%	180 %
Frais de séjours	80% ou 100%	200 %
Forfait Patient Urgence (FPU) (14)	-	100 % des Frais Réels
Chambre particulière (durée illimitée)	-	50 € / jour
Forfait journalier hospitalier (durée illimitée)	-	100 % des Frais Réels
Frais accompagnant enfant (17)	-	100 % des Frais Réels
Hospitalisation à l'étranger (18)	80% ou 100%	100 %

AVENTION		
stéopathie, Chiropractie, Etiopathie (19)	-	15 €/séance
AUTRES PRESTATIONS		
Cure thermale acceptée par l'AMO (8)	65% / 70%	65% / 70% + Forfait 122 €
Forfait Actes Lourds (24 Euros)	-	100% du Forfait
SERVICES		
Mutuelle Verte Assistance	-	OUI
Réseaux de Soins	-	OUI
Application mobile, site web	-	OUI
* Pratiques Tarifaires Maîtrisées: OPTAM OPTAM-CO		

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.) Français. Cette garantie répond aux obligations des Décrets n°2019-21 et 2019-65 relatifs aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés et aux critères du contrat responsable. Ainsi, les remboursements (A.M.O.+ Régimes Complémentaires) pouvant être perçus par l'assuré sont limités aux frais réels dûment justifiés et aux plafonds par acte prévus par ces dispositions réglementaires. De plus, ils ne pourront excéder le montant ou le pourcentage indiqué dans la colonne de droite. Les franchises et participations forfaitaires, la majoration de la participation de l'assuré ainsi que les dépassements d'honoraires pour les actes réalisés en dehors du parcours de soins coordonnés (sans prescription préalable du médecin traitant) ne pourront donner lieu à remboursement. Les prestations optique et aides auditives du "100% Santé" sont pris en charge à hauteur de 100% des Frais réels dans la limite des Prix Limites de Ventes (PLV) Les prestations dentaire du "100% Santé" sont prises en charge à hauteur de 100% des Frais Réels dans la limites des Honoraires Limites de Facturation (HLF) En outre, cette garantie prend en charge l'ensemble des prestations de prévention remboursables des contrats responsables.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3.428 Euros au 1er janvier 2022) (PMSS 2023 en attente de publication par décret au Journal Officiel)

(1) Remboursement sur la base du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR). Aucun remboursement n'est prévu pour les médicaments que la Haute Autorité de Santé a jugés à service médical rendu faible ou insuffisant et pour lesquels l'AMO participe à hauteur de 15% au 01/01/2010.
(2) Sur prescription médicale, dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire âgé de plus de 3 ans, conformément à la réglementation.
(3) 1 monture+2 verres par période de 24 mois* sauf en cas de renouvellement anticipé médicalement constaté prévu à l'Art L165-1 du Code de la Sécurité Sociale pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (La période* débute à compter de la date d'achat du dernier équipement remboursé).
(4) Tels que définis règlementairement au décret 2019-21.
(5) Verres simples, complexes et hypercomplexes tels que définis règlementairement. Le prix des verres et monture hors 100% santé peut donner lieu à un reste à charge pour l'assuré. Le remboursement de la monture est limité à 100 Euros (AMO + AMC).
(6) Le forfait est versé déduction faite du montant déjà remboursé au titre de l'optique "100% santé".
(7) Pris en charge si médicalement prescrit.
(8) Forfait par bénéficiaire par période de 12 mois.
(9) Concerne la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme et la presbytie.
(10) Dans le cadre du panier maîtrisé, tel que défini règlementairement, la prise en charge sera limitée aux honoraires limites de facturation fixés par la convention dentaire du 21 juin 2018 et par l'Art L162-9 du Code de la Sécurité Sociale.
(11) Prothèse fixe sur dent vivante. Forfait par acte.
(12) Le renouvellement du remboursement d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 48 mois suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Dans la limite de 1700 Euros par acte (AMO compris)
(13) Hors soins externes. Les soins externes font l'objet d'un remboursement suivant la nature de l'acte.
(14) Limité au forfait réglementaire en vigueur.
(15) limitée à 90 jours en médecine, à 30 jours en psychiatrie, par année civile et par bénéficiaire. Sans limitation de durée en médecine aigüe.
(16) Illimité en Médecine,limité aux minima prévus par les dispositions règlementaires du contrat responsable pour les autres types d'hospitalisation.
(17) Jusqu'à 2 ans quelle que soit l'intervention chirurgicale et 10 ans pour une intervention chirurgicale qui fait l'objet d'une exonération du ticket modérateur.
(18) Prise en charge uniquement des actes ayant donné lieu à un remboursement de votre A.M.O. (Honoraires et frais de séjour).
(19) Pour les actes effectués par des praticiens autorisés à faire usage du titre professionnel et inscrits auprès de l'autorité compétente. Trois séances maximum par période de 12 mois et par bénéficiaire.