

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)		TOTAL	
		Base	Option		
HOSPITALISATION					
Honoraires, actes et soins					
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	170% B.R.	350% B.R.	600% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	120% B.R.	-	200% B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	-	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours					
- Frais de séjour	80% B.R.	45% B.R.	75% B.R.	200% B.R.	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité du Code de la Sécurité Sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	-	Frais Réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Forfait patient urgences	Néant	Frais Réels	-	Frais Réels	Pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation
- Chambre particulière avec nuitée	Néant	30 € / jour	30 €	60 € / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Médecine, Chirurgie et Maternité Durée limitée à : - 240 jours par année civile pour les Soins Médicaux de Réadaptation, et pour les Centres Agréés de Rééducation Fonctionnelle - 60 jours par année civile en Psychiatrie - Placements à l'année et temporaires exclus.
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	Néant	20 € / jour	-	20 € / jour	Hors box d'hospitalisation
- Frais d'accompagnement : hébergement, transport et repas moins de 16 ans et plus de 75 ans	Néant	20 € / jour	20 €	40 € / jour	Hors ambulatoire. Ces frais peuvent être engagés par toute personne accompagnant le bénéficiaire hospitalisé en Chirurgie, Maternité, Médecine sur présentation de factures acquittées et du bulletin d'hospitalisation. Age apprécié à la date des soins. Limité à 30 jours par année civile
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes					
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	50 % B.R.	80% B.R.	200 % B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	80% B.R.	180 % B.R.	
Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	60% B.R. ou 50% B.R.	80% B.R.	200 % B.R.	
Honoraires paramédicaux					
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	25% B.R.	125% B.R.	
- Psychologues adhérents au dispositif « Mon soutien Psy »	60% B.R.	40% B.R.		100% B.R.	Dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire
Analyses et examens de laboratoire					
- Examens de biologie médicale remboursés par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R.	-	100% B.R.	
Actes d'imagerie					
Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.					
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	50 % B.R.	80% B.R.	200 % B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	80% B.R.	180 % B.R.	
Ostéodensitométrie					
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	50 % B.R.	80% B.R.	200 % B.R.	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	80% B.R.	180 % B.R.	
Actes techniques médicaux et de chirurgie					
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	50 % B.R.	80% B.R.	200 % B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	80% B.R.	180 % B.R.	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	-	Frais Réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments					
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	-	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	-	100% B.R.	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	-	100% B.R.	
Matériel médical					
- Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	40% B.R.	200% B.R.	300% B.R.	
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	Néant	-	100% B.R.	
Transports					
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	55% B.R.	45% B.R.	-	100% B.R.	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)		TOTAL	
		Base	Option		
DENTAIRE					
- Soins, actes et consultations	60% B.R.	65% B.R.	75% B.R.	200% B.R.	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	60% B.R. ou 100% B.R.	140% B.R. ou 100% B.R.	100% B.R.	350% B.R.	
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement)					
Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé.					
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.					
- Prothèses	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	Frais Réels	
Prothèses hors 100% santé					
Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé					
Panier à honoraires maîtrisés (Actes soumis à des honoraires limites de facturation)					
- Inlays onlays	60% B.R.	140% B.R.	150% B.R.	350% B.R.	
- Prothèses dentaires	60% B.R.	65% B.R.	75% B.R.	200% B.R.	
Panier à honoraires libres					
- Inlays onlays	60% B.R.	140% B.R.	150% B.R.	350% B.R.	
- Prothèses dentaires	60% B.R.	65% B.R.	75% B.R.	200% B.R.	
Actes non remboursés par l'A.M.O.					
- Orthodontie	Néant	48.38 €	96.75 €	145.13 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Implantologie	Néant	200 €	200 €	500 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Prothèses	Néant	120 €	60 €	180 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
- Parodontologie	Néant	-	300 €	300 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
OPTIQUE					
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale).					
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.					
Possibilité de combiner des équipements de Classe A et Classe B (verres classe A + monture classe B, et inversement)					
Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou montures)					
Classe A					
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.					
- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	Frais Réels	
- Verres : tous types de correction	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	Frais Réels	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	Frais Réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture)					
Classe B - Tarifs libres					
Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins					
- Monture	60% B.R.	60 € moins 60% B.R.	-	60 €	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	70 € moins 60% B.R.	50 €	120 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% B.R.	80 € moins 60% B.R.	80 €	160 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% B.R.	100 € moins 60% B.R.	100 €	200 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
Enfants moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins					
- Monture	60% B.R.	30 € moins 60% B.R.	-	30 €	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	40 € moins 60% B.R.	20 €	60 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% B.R.	85 € moins 60% B.R.	20 €	105 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% B.R.	95 € moins 60% B.R.	20 €	115 €	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60% B.R.	40% B.R.	-	100% B.R.	
Lentilles					
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R. + 100 €	60 €	100% B.R. + 160 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques.
- Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	100 €	60 €	160 €	Sur prescription médicale. Y compris produits d'entretien.
Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.	Néant	100 €	100 €	200 €	Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)		TOTAL	
		Base	Option		
AIDES AUDITIVES					
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date					
Équipements 100% santé (tels que définis réglementairement)					
Classe I - Soumis à des prix limites de vente					
Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.					
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	-	Frais Réels	Appareillage auditif.
Équipements hors 100% santé Classe II - Tarifs libres					
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 60 €	240 €	100 % B.R. + 300 €	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieur à 1/20ème après correction. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. + 60 €	300 €	100 % B.R. + 360 €	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Dans la limite de 1 700 € par appareil et par bénéficiaire.
Accessoires, entretien, piles, réparations, implants cochléaires	60% B.R.	40% B.R. + 120 €	20 €	100 % B.R. + 140 €	
NAISSANCE					
- Prime de naissance ou d'adoption	Néant	300 €	-	300 €	Versée une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption.
PRÉVENTION, BIEN ÊTRE					
Actes de prévention	OUI	OUI	-	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : soins, transport, hébergement, remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	-	100% B.R.	
Médecine non remboursée (selon modalités indiquées au contrat) : - Fécondation in vitro (à partir de la 5ème) - Micro sclérose - Parodontologie	Néant	150 €	150 €	300 €	Forfait global par année civile et par bénéficiaire. Les soins doivent obligatoirement avoir été pratiqués par un professionnel de santé ayant un numéro ADELI. * Forfait par séance et par année civile.
Médecines complémentaires : acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute.					
Médicaments prescrits non remboursés par l'AMO : - Moyens de contraceptions - Sevrage tabagique - Autres vaccins - Vaccins non remboursés (vaccin anti-grippe, etc...)					
Ostéopathes : limité à 3 séances à 40 € * Loupe visuelle pour amblyopie Forfait hébergement thermal (si cure thermique remboursée par l'AMO)					
SERVICES PLUS					
- Assistance vie quotidienne	Néant	OUI	-	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
- Consultation médicale à distance 24H/24 - 7J/7 : avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; - Proposition d'un avis, d'un conseil, voire d'un diagnostic médical accompagnée d'une ordonnance électronique lorsque la situation le permet	Néant	OUI	-	OUI	Accès depuis votre espace adhérent sur aesio.fr, Service 100% confidentiel et sécurisé
- Prévaésio Offre de services prévention d'AÉSIO mutuelle	Néant	OUI	-	OUI	Dispositifs de prévention adaptés comprenant : • Des actions à distance ou en agence (ateliers, entretiens avec des professionnels de santé, ...) • L'accès à des outils digitaux, pratiques et concrets (espaces digitaux thématisés, vidéos, fiches pratiques, témoignages ...)
- Accès au Fonds de Solidarité Aesio Mutuelle	Néant	OUI	-	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale. Contacter la Mutuelle

A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) A.M.C. : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)
P.M.S.S. = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (à titre indicatif : 3 666 € au 01/01/2023) Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé
D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser certaines prestations.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.