

GRAND PORT MARITIME DE GUYANE - ACTIFS

		ENSEMBLE DU PERSONNEL
		RESPONSABLE
		Remboursement Total (dont RO*)
SOINS COURANTS		
HONORAIRES MÉDICAUX		
Consultations et visites médecins généralistes (DPTAM)		140 % BR
Consultations et visites médecins généralistes (NON DPTAM)		100 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes (DPTAM)		200 % BR
Consultations et visites médecins spécialistes (NON DPTAM)		150 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (DPTAM)		200 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (NON DPTAM)		150 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (DPTAM)		120 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (NON DPTAM)		100 % BR
TÉLÉCONSULTATION		
Consultation de médecine générale ou spécialiste par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, n° de tel sans surcoût depuis la France au 01 55 92 12 13		CF. CGU TELECONSULTATION
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		
Honoraires auxiliaires médicaux (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, etc...)		120 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		
Frais d'analyse et de laboratoire DPTAM		125 % BR
Frais d'analyse et de laboratoire NON DPTAM		100 % BR
MÉDICAMENTS		
Médicaments à service médical rendu faible		100 % BR
Médicaments à service médical rendu modéré		100 % BR
Médicaments à service médical rendu majeur		100 % BR
Vaccins par an et par bénéficiaire		3 % PMSS
Pharmacie prescrite non prise en charge par le RO, par an et par bénéficiaire (sur facture du pharmacien)		4 % PMSS
Contraception non remboursée (forfait / par an)		5 % PMSS
MATÉRIEL MÉDICAL		
Appareillages, prothèses médicales et accessoires médicaux remboursés par le RO		300 % BR
Sur prescription, appareillages et prothèses médicales non remboursés par le RO, par an et par bénéficiaire		15 % PMSS
AIDES AUDITIVES		
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS TOUS LES 4 ANS - PANIER HONORAIRES LIBRES		
Aides auditives hors paniers de soins 100% santé (classe II à prix libres) DANS LA LIMITE DU CONTRAT RESPONSABLE, par oreille		15 % PMSS
ÉQUIPEMENTS AUDITIFS 100% SANTÉ TOUS LES 4 ANS		
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé (classe I à prise en charge renforcée), par oreille		Rbt intégral
HOSPITALISATION		
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		
Forfait journalier hospitalier illimité		Frais réels
AUTRES PRESTATIONS		
Frais de séjour secteur conventionné		100 Frais réels
Frais de séjour secteur non conventionné		80 Frais réels
Participation du patient pour actes = ou > 120 €		Frais réels
Chambre particulière établissement conventionné (par jour)		3 % PMSS
Chambre particulière établissement non conventionné (par jour)		2 % PMSS
Frais d'accompagnant enfant moins de 20 ans		2 % PMSS
HONORAIRES		
Honoraires et actes chirurgicaux secteur conventionné		140 % BR
Honoraires et actes chirurgicaux secteur non conventionné		100 % BR
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO		
HONORAIRES MÉDICAUX		

		ENSEMBLE DU PERSONNEL
		RESPONSABLE
Version du : 01/01/2025 en cours à ce jour		Remboursement Total (dont RO*)
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO		
HONORAIRES MÉDICAUX		
Honoraires médicaux (surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires) remboursés par le RO		100 % BR
AUTRES PRESTATIONS CURE PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE		
Forfait hébergement et transport pris en charge par la Sécurité Sociale		5 % PMSS
TRANSPORT		
TRANSPORT MÉDICAL		
Transport médical remboursé par le RO		200 % BR
OPTIQUE		
ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ (MONTURE + VERRES)		
1 ÉQUIPEMENT TOUS LES DEUX ANS PAR BÉNÉFICIAIRE SAUF CAS PRÉVU PAR LE DÉCRET.		
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A		Rbt intégral
Une monture de classe B Adulte (associée à deux verres de classe A)		100 €
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)		Rbt intégral
Prestation d'appairage		Rbt intégral
ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PANIER LIBRE (MONTURE + VERRES)		
1 ÉQUIPEMENT TOUS LES DEUX ANS PAR BÉNÉFICIAIRE SAUF CAS PRÉVU PAR LE DÉCRET.		
a) Équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00		400 €
b) Équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)		550 €
c) Équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6.00 ou +6.00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs		600 €
d) Équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)		610 €
e) Équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)		700 €
f) Équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est en hors zone de -8.00 à +8.00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries		750 €
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES, PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE.		
Lentilles remboursées par le RO (sur prescription ophtalmologique de moins de 3 ans)		100 % BR + 15 % PMSS
Lentilles prescrites non remboursées par le RO (hors jetables)		8 % PMSS
Lentilles non remboursées par le RO (jetables)		8 % PMSS
Chirurgie réfractive de l'œil par laser / par oeil		15 % PMSS
DENTAIRE		
SOINS DENTAIRES HORS 100% SANTÉ		
Soins dentaires remboursés par le RO hors cadre du panier de soins 100% santé		200 % BR
Inlays Onlays		400 % BR
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MODÉRÉS		
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés		400 % BR
PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES		
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres		400 % BR
Actes prothétiques non prises en charge, mais inscrites à la nomenclature des actes, inlays et onlays		400 % BR
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE		
Orthodontie remboursée par le RO		350 % BR
Implants (par implant dans la limite de 4 implants)		15 % PMSS
PLAFOND SUR INLAYS ONLAYS ET PROTHÈSES DENTAIRES LIMITÉS A 100 % DU PMSS PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE		
BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION		
FORFAIT PRÉVENTION, PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE		
Actes de prévention prévus par décret remboursement illimité.		Frais réels
MÉDECINE DOUCE PAR AN ET PAR PERSONNE		
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture et sophrologie		4 % PMSS
Diététicien et podologue		5 % PMSS
Psychologue, par an et par bénéficiaire		5 % PMSS

Version du : 01/01/2025 en cours à ce jour

ENSEMBLE DU PERSONNEL
RESPONSABLE
Remboursement Total (dont RO*)

PREVOYANCE

PARTICIPATION DÉCÈS	
versement d'un capital décès avant les 65 ans de l'adhérent ou de son conjoint et avant 12 ans pour un enfant, sous réserve de l'accord de l'assureur UNMI	1500 €

MATERNITE

PARTICIPATION MUTUELLE	
Forfait maternité, y compris en cas d'adoption (prestation doublée en cas de naissances multiples)	5 % PMSS

LEXIQUE

RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - BRR : Base de Remboursement reconstitué - MR montant remboursé par la sécurité sociale - Rbt intégral : Remboursement intégral - TA : Tarif d'autorité - RBST : Remboursement - TM : Ticket modérateur - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (valeur fixée chaque année par décret publié au Journal Officiel - 3925 € pour l'année 2025 - DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - CAS : Contrat d'Accès aux Soins - OPTAM / OPTAM - CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention spécifique pour l'optique (Monture et Verres) et l'aide auditive.

Contrat responsable : Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Pour les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120€, qu'ils soient réalisés au cours d'une hospitalisation ou non, le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire de 24€. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur.

Depuis le 15 juin 2024, le dispositif « MonPsy » mis en place par l'Assurance Maladie, vous permet de bénéficier de consultations entièrement prises en charge avec un psychologue conventionné. Ce dispositif est proposé à toute personne âgée de 3 ans et plus, qui ressentirait ou ferait apparaître des signes d'intensité légère à modérée de mal être, d'anxiété, de déprime, etc. Il permet de bénéficier jusqu'à 12 consultations remboursées sur la base d'un tarif conventionné (50 € la séance (Il n'est plus indispensable de disposer d'une prescription médicale pour bénéficier du dispositif). Seules les consultations respectant ce tarif conventionné pourront être remboursées. Pour plus d'information rendez-vous sur "monpsy.sante.gouv.fr"

Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

(calculés sur des prix estimés et non engagés, bases de remboursement en vigueur à la date d'édition du présent document)

ENSEMBLE DU PERSONNEL	Prix moyen pratiqué ou tarif	Remboursement RO	Remboursement Complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles
SOINS COURANTS					
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56.00 €	16.1 €	16.1 €	23.8 €	Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (DPTAM) (consultation dans le cadre de l'accès spécifique)	50.00 €	25.9 €	11.1 €	13 €	Prix moyen national de l'acte
AIDES AUDITIVES					
Aide auditive de classe II par oreille en Tarifs libres	1476.00 €	240 €	514.20 €	721.80 €	Prix moyen national de l'acte
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier illimité en court séjour	20.00 €	0.00 €	20.00 €	0.00 €	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale	355.00 €	309.62 €	45.38 €	0 €	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale	431.00 €	309.62 €	121.38 €	0 €	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE					
Équipement optique de classe A (monture 30 € +verre progressif classe A, sphère] -8,00 à -12,00] et cylindre (+) >4)	370.00 €	66.60 €	303.40 €	0.00 €	Tarif réglementaire
DENTAIRE					
Détartrage	28.92 €	17.35 €	11.57 €	0 €	Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires éligible au Panier RAC Maîtrisé	550.00 €	72 €	408 €	70 €	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires en Tarifs libres	650.00 €	72 €	408 €	170 €	Prix moyen national de l'acte

L'ensemble des calculs ne prend pas en compte la participation des franchises.

Note de lecture des exemples :

Si un médecin spécialiste non adhérent à un DPTAM (OPTAM ou autres) facturait 67 euros sa consultation (tarif conventionnel de 23 euros + 44 euros de dépassements d'honoraires), le remboursement de l'assurance maladie obligatoire serait de 16,10 euros - 2 euros de participation. Pour une garantie ou contrat à 150% de la Base de Remboursement (régime obligatoire inclus), le remboursement de l'assurance maladie complémentaire serait de 18,40 euros. Le reste à charge pour le patient serait donc de 34,50 euros (2 euros de participation forfaitaire + 32,50 euros).

Pour les grilles de prestations exprimées en % du PMSS les calculs sont effectués sur la base du PMSS de 2025 soit 3925€