

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire

Les niveaux de remboursement ci-dessous sont à considérer "y compris Sécurité sociale (SS)", hormis pour les forfaits en euros des équipements d'optique médicale (1 monture + 2 verres) qui incluent systématiquement la prise en charge du ticket modérateur et qui sont à considérer "en complément de la Sécurité sociale (SS)".

Liste des prestations garanties	Remboursement du Régime Obligatoire (RO) en % du tarif de convention	Contrat d'assurance individuelle Complémentaire Frais de Santé - Responsable
SOINS COURANTS		GARANTIE MGPA RELAX
Consultations, visites ⁽¹⁾	70 %	100% BR
Médecins spécialistes ⁽¹⁾	70 %	100% BR
Actes techniques médicaux ⁽¹⁾	70 %	100% BR
Auxiliaires médicaux	60 %	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	60 %	100% BR
Imagerie médicale	70 %	100% BR
Médicaments : vignettes blanches, bleues, oranges	65% 30% 15%	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés (forfait annuel et par bénéficiaire)	-	-
Matériel médical	60%	100% BR
HOSPITALISATION		
Médecine - Chirurgie - Obstétrique		
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée) ⁽²⁾	-	Remboursement intégral
Honoraires médicaux en établissements conventionnés (dont chirurgie en ambulatoire)	80 %	100% BR
Honoraires médicaux en établissements non conventionnés (dont chirurgie en ambulatoire)	80 %	100% BR
Frais de structure et de soins en établissements conventionnés	80 %	100% BR
Frais de structure et de soins en établissements non conventionnés (limité à 90% des frais réels)	80 %	100% BR
Chambre particulière (par jour limité à 90 jours)	-	-
Lit d'accompagnant (par jour, pour enfant de moins de 14 ans, et limité à 90 jours par an)	-	-
Forfait accouchement (annuel) ⁽³⁾	-	-
DENTAIRE		
Soins et Prothèses 100% Santé*	70%	Frais réels
Prothèses dentaires remboursées par le RO ⁽⁴⁾		
• Panier Tarifs maîtrisés	70 %	125% BR
• Panier Tarifs libres	70 %	125% BR
Consultations et soins dentaires	70 %	100% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (forfait annuel)	-	-
Orthodontie remboursée par le RO	70% - 100 %	125% BR
Orthodontie non remboursée par le RO	-	-
OPTIQUE (par période de prise en charge de 2 ans***) ⁽⁵⁾⁽⁶⁾		
Equipements 100% santé*	60 %	Frais réels
Lentilles (par paire) remboursées par le RO (forfait annuel)	60 %	100 €
Lentilles (par paire) non remboursées par le RO (forfait annuel)	-	50 €
Chirurgie réfractive (par an et par bénéficiaire)	-	-
Equipements à tarif libre (dont 100 € maximum pour la monture)		
Equipements à tarif libre (monture - verres simples)	60 %	100 €
Equipements à tarif libre (monture - verres complexes)	60 %	200 €
Equipements à tarif libre (monture - verres très complexes)	60 %	200 €
Equipements à tarif libre (monture - 1 verre simple + 1 verre complexe)	60 %	150 €
Equipements à tarif libre (monture - 1 verre simple + 1 verre très complexe)	60 %	150 €
Equipements à tarif libre (monture - 1 verre complexe + 1 verre très complexe)	60 %	200 €
Suppléments et prestations		
Suppléments et prestations optique 100% santé*	60%	Frais réels
Adaptation de la correction visuelle	60%	100% BR
Appairage (forfait annuel)		15 €
Verres avec filtre	60%	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)		100% BR
AIDES AUDITIVES ⁽⁷⁾ (limite sur 4 ans par oreille ⁽⁸⁾)		
Equipements 100% santé*	60%	Frais réels
Aides auditives à tarifs libres	60%	100% BR
Consommables, Piles ou Accessoires ⁽⁹⁾	60%	100% BR
ORTHOPÉDIE - TRANSPORT		
Orthèses - Prothèses	60%	100% BR
Transport	65%	100% BR
CURES THERMALES ET BIEN-ETRE		
Honoraires médicaux	70%	100 % BR
Frais de cure / Thalassothérapie	65%	100 % BR
Hébergement et transport (par an et par bénéficiaire)	65%	100 % BR
Forfait Cure (sur présentation de factures, par an et par bénéficiaire)	-	-
MEDECINE DOUCE		
Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Etiopathie (forfait annuel)	-	35 €

PRÉVENTION (Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale)		
Actes de prévention mentionnés à l'arrêté du 08/06/2006 ⁽¹⁰⁾		100% BR
PRÉVENTION COMPLÉMENTAIRE MGPA		
Vaccins ⁽¹¹⁾ (2 vaccins gratuits par an - sur présentation de la facture)		Frais réels
Forfait nutritionniste (maximum : 2 consultations par an et par bénéficiaire)	70%	25 € / consultation
Test d'efforts sur prescription médicale (électrocardiogramme...)	70%	100% BR
Sevrage tabagique (forfait annuel)	-	50€
Autres services		
Assistances (voir conditions et modalités dans les notices d'informations)		
Assistance Domicile Jeunes : enveloppe de services tels que l'accompagnement du jeune au quotidien (accompagnement budgétaire, coaching forme...), la prise en charge de l'adhérent en cas de maladie ou d'accident (aide à domicile...)...		
Assistance Déplacement : prise en charge de l'adhérent en cas de maladie ou d'accident au cours d'un déplacement (Personnel ou Professionnel) en dehors du territoire/pays d'habitation.		
Assistance dépendance "Aidant-Aidé" : lorsque l'adhérent devient aidant ou aidé, mise à disposition d'informations, conseils et formations pour l'aidant ; organisation d'un relais en cas d'indisponibilité de l'aidant. Des outils tels que la télé-assistance et le maintien à domicile de l'aidé sont également proposés.		
Assistance e-s@nteMGPA : service 3 en 1 avec une plateforme téléphonique et un portail internet permettant d'avoir un suivi complet de sa santé. Gestion des vaccins, examens et dépistages, téléconsultation avec un médecin généraliste/specialiste. Accompagnement pré/post hospitalisation avec des entretiens téléphoniques encadrés par une infirmière.		
Assistance Rapatriement de corps : s'applique en cas de décès hors du territoire (rapatriement du corps, service d'informations, déplacement d'un membre de la famille, ...)		
Assistance Rapatriement de corps en terre d'origine : le rapatriement s'effectue depuis le lieu de survenance jusqu'à la commune du lieu d'inhumation ou d'incinération ou de veillée dans la terre d'origine (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte, France Métropolitaine).		
Assistance déplacement obsèques : prise en charge d'un billet d'avion pour permettre à un proche de se rendre aux obsèques du défunt.		

*Tels que définis réglementairement

**Sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue

⁽¹⁾ En secteur non conventionné la garantie est limitée à 90% des frais réels et les remboursements sont exprimés en pourcentage du tarif d'autorité

⁽²⁾ A noter que dans le cadre des établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), le nombre de jours de prise en charge est limité à 90. Ceci est en accord avec l'Instruction N° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

⁽³⁾ Avec un délai de carence de 9 mois

⁽⁴⁾ Voir annexe 1 "DENTAIRE 100% Santé ou RAC 0 ou RAC nul"

⁽⁵⁾ Voir annexe 2 "OPTIQUE 100% Santé ou RAC 0 ou RAC nul"

⁽⁶⁾ Notez que le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu réglementairement.

Le renouvellement des équipements d'optique s'effectue dans les conditions fixées par l'arrêté du 03/12/2018, reprise par l'Instruction DSS citée ci-dessus.

⁽⁷⁾ Voir annexe 3 "AUDIO 100% Santé ou RAC 0 ou RAC nul"

Prise en charge des frais, dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par le bénéficiaire.

Pour le remboursement des frais d'acquisition d'une aide auditive de classe II (autre que 100% santé), la prise en charge est plafonnée à 1700€ par aide auditive. Ce plafond n'inclut pas le TM des consommables, des piles ou des accessoires.

⁽⁸⁾ Suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.

⁽⁹⁾ Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

⁽¹⁰⁾ Voir liste et conditions en annexe 4

⁽¹¹⁾ Vaccins exclus de la liste référencée au point (10) ou non pris en charge par le régime obligatoire