

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) incluant le remboursement de la Sécurité Sociale versées **dans la limite des frais réellement engagés.**

Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable.**

GARANTIE RESPONSABLE MDM Santé Digitale 1^{er} janvier 2026		
Actes	Précisions Actes	% de la BRSS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux Consultations	Par un praticien OPTAM / OPTAM CO	250%
	Par un praticien hors OPTAM / OPTAM CO	200%
Actes techniques médicaux	Par un praticien OPTAM / OPTAM CO	250%
	Par un praticien hors OPTAM / OPTAM CO	200%
Médicaments et pharmacie acceptés par la Sécurité Sociale		100%
Actes d'imagerie	Par un praticien OPTAM / OPTAM CO	250%
	Par un praticien hors OPTAM / OPTAM CO	200%
Honoraires paramédicaux Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes		100%
Séances d'accompagnement réalisées par des psychologues conventionnés (conformément aux articles L.162-58 et R.162-62 à R.162-69 du Code de la Sécurité)		100%
Analyses et examens de laboratoire		100%
Vaccins acceptés par la Sécurité sociale + rappels		100%
Soins paramédicaux et analyse hors nomenclature ou dépassements d'honoraire non pris en charge par la Sécurité sociale par assuré et par année civile		100 €
HOSPITALISATION		
Honoraires et soins - Médecins	Par un praticien OPTAM / OPTAM CO	250%
Actes chirurgicaux, anesthésie		
Honoraires et soins - Médecins	Par un praticien hors OPTAM / OPTAM CO	200%
Actes chirurgicaux, anesthésie - Médecins		
Chambre particulière par jour (dans la limite globale de 6000 € par année civile et par assuré)		150 €
Hébergement temporaire non médicalisé (pris en charge par la sécurité sociale) Par nuitée - Prestation limitée à 21 nuitées pour les séjours correspondant aux conditions des articles R.6111-50 et R.6111-52 du code de la santé publique. Les montants s'ajoutent à ceux de la Sécurité Sociale		150 €
Hébergement temporaire non médicalisé par nuitée, maximum 6 nuits par assuré et par année civile. La prise en charge se limite à la nuit précédant la date de son hospitalisation et à la nuit suivant la date de la fin de cette hospitalisation. Si une de ces deux nuitées n'est pas effectivement consommée, elle ne sera pas prise en charge		150 €
Lit d'accompagnement par jour (ascendants, descendants et conjoint assurés au contrat) : dans la limite de 15 jours par année civile et par assuré		45 €
Transport pris en charge par la Sécurité sociale		100%
Frais de séjour ou hospitalisation à domicile en secteur conventionné et non conventionné		100%
Forfait Journalier Hospitalier (y compris les séjours psychiatriques)		100% des frais réels
Forfait Patient Urgences (au sens de l'article L160-13 I du Code de la Sécurité Sociale)		100% des frais réels
Forfait actes lourds		24 €
AUDITION		
Une aide auditive par oreille par période de 4 ans (date de facturation). Forfait incluant le remboursement de la sécurité sociale		
Aides auditives - classe I Équipements 100% santé*		100% des frais réels dans la limite des prix limite de vente
Aides auditives - classe II Tarif libre		800 €
MATÉRIEL MÉDICAL		
Petit appareillage autre que prothèses dentaires et auditives		150%
Appareillages 100% Santé (Prothèses capillaires, fauteuils roulants faisant l'objet d'une prise en charge renforcée, conformément à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale)		100% des frais réels dans la limite des prix limite de vente
Grand appareillage		300%

* Tels que définis réglementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)

** A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, les franchises médicales (sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports), la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L322-5 du Code de la Sécurité sociale, la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) incluant le remboursement de la Sécurité Sociale versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable**.

GARANTIE RESPONSABLE
MDM Santé Digitale
1^{er} janvier 2026

Actes	Précisions Actes	% de la BRSS
ENFANTS / MATERNITÉ		
Allocation maternité (par naissance ou adoption d'un enfant mineur)		400 €
Honoraires d'accouchement	Par un praticien OPTAM / OPTAM CO	300%
	Par un praticien hors OPTAM / OPTAM CO	200%
Obstétrique	Par un praticien OPTAM / OPTAM CO	300%
	Par un praticien hors OPTAM / OPTAM CO	200%
Chambre particulière maternité par assurée et par jour (Hors plafond prévu en cas d'hospitalisation)		150 €
PMA / FIV - actes techniques médicaux, à l'exclusion du DPNI (dépistage prénatal non invasif) - non acceptées par la Sécurité sociale. Forfait par assurée et par année civile		400 €
Pilule par assurée et par année civile		40 €
Forfait Psychologue ou psychomotricien par séance dans la limite de 6 séances par enfant assuré et par année civile		40 €
Dépistage du strabisme et de la surdité avant 3 ans (dont audio métrie subjective) + bilan allergique par enfant assuré et par année civile		50 €
PRÉVENTION / BIEN ÊTRE E-SANTÉ DIGITAL		
Actes de prévention dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale par assuré et tous les 2 ans à compter du 1 ^{er} versement : Application de vernis fluoré		100 €
Forfait Addictions (consultations et traitement non acceptés par la Sécurité sociale) par assuré et par période de 2 ans à compter du premier versement		200 €
Forfait Ostéopathie / par séance dans la limite de 2 séances par assuré et par année civile (actes non acceptés par la Sécurité Sociale)		60 €
Forfait Homéopathie par assuré et par année civile		60 €
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale		100%
Actes de prévention prévus par la Sécurité Sociale dont le bilan du langage oral, les dépistages de l'hépatite B et des troubles de l'audition, l'acte d'ostéodensitométrie		100%
DIGITAL / E-SANTÉ		
Forfait Objet connecté e-santé - à utiliser sur une période de deux ans à compter de la date d'achat du premier objet par membre participant. L'objet connecté E-Santé ne peut en aucun cas consister en un appareil qui ouvrirait autrement droit à prise en charge par le présent contrat. Notamment et de manière non limitative, ne peut être considéré comme un objet connecté E-Santé, un dispositif de correction de la vue ou de l'audition.		75 €
OPTIQUE		
Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale et incluant un montant limité à 100 € au titre de la monture Ces forfaits sont indiqués pour un équipement par assuré composé de deux verres et une monture tous les deux ans à compter de la date de facturation (sauf pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue auquel cas le forfait est valable pour un équipement par an à compter de la date de facturation)		
Équipements 100 % santé* - classe A :		100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente
Prestation d'adaptation et d'appariage de la correction visuelle classe A + Supplément pour les verres avec filtre		100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente
Équipements - classe B - Tarif libre :		
2 verres simples (avec monture)		250 €
1 verre simple + 1 verre complexe (avec monture)		325 €
2 verres complexes (avec monture)		400 €
1 verre simple + 1 verre très complexe (avec monture)		400 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe (avec monture)		475 €
2 verres très complexes (avec monture)		550 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle classe B + Supplément pour les verres avec filtre		100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente

* Tels que définis réglementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)

** A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, les franchises médicales (sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports), la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L322-5 du Code de la Sécurité sociale, la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) incluant le remboursement de la Sécurité Sociale versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les remboursements ne peuvent jamais intervenir en contradiction avec les dispositions du cahier des charge du contrat responsable**.

GARANTIE RESPONSABLE
MDM Santé Digitale
1^{er} janvier 2026

Actes	Précisions Actes	% de la BRSS
OPTIQUE (SUITE)		
Lentilles de correction prescrites médicalement et acceptées par la Sécurité Sociale - forfait par assuré et par année civile. Au-delà du forfait remboursement du ticket modérateur		180 €
Lentilles de correction prescrites médicalement et non acceptées par la Sécurité Sociale - forfait par assuré et par année civile		
Chirurgie réfractive - par œil, par assuré et par année civile		600 €
DENTAIRE		
Taux incluant le remboursement de la Sécurité sociale		
Soins dentaires		200%
Prothèses dentaires 100% santé* - panier 1 :		
Couronnes et bridges prévus par la convention dentaire en vigueur		100 % des frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation
Couronnes, bridges et autres prothèses prévus par la convention dentaire en vigueur		100 % des frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation
Prothèses dentaires - panier 2 (tarif maîtrisé) et panier 3 (tarif libre) :		
Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale		300%
Plafond prothèse dentaire par année civile et par assuré. Au-delà du plafond remboursement du ticket modérateur		1 500 €
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale par enfant assuré au contrat (limitée à 6 semestres)		300%
Forfait Implants par assuré et par année civile		500 €
Forfait Parodontologie par assuré et par année civile		200 €

* Tels que définis réglementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)

** A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires, les franchises médicales (sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports), la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L322-5 du Code de la Sécurité sociale, la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins ainsi que les dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins.

Le contrat est assuré par la Mutuelle du Médecin :

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN 784 180 044, 1 boulevard Pasteur 75015 PARIS - Mutuelle substituée par AGMF Prévoyance, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN 775 666 340, 1 boulevard Pasteur 75015 PARIS.

	Régime Obligatoire	RO + PRIMUM	RO + MEDIUM	RO + SUMMUM
HOSPITALISATION				
Honoraires - Médecins hors OPTAM / OPTAM CO	80% ou 100%	100%	180%	200%
Honoraires - Médecins OPTAM / OPTAM CO	80% ou 100%	100%	200%	300%
Forfait actes lourds	-	24 €	24 €	24 €
Frais de séjour	80% ou 100%	100%	100%	100%
Forfait journalier dans les établissements hospitaliers (y compris les séjours psychiatriques)	-	100%	100%	100%
Forfait Patient Urgences (au sens de l'article L160-13 I du Code de la Sécurité Sociale)	-	100%	100%	100%
Chambre particulière par jour (télévision comprise)	-	30 €	50 €	150 €
Plafond annuel de la chambre particulière	-	1 000 €	3 000 €	6 000 €
Hébergement temporaire non médicalisé (pris en charge par la sécurité sociale). Par nuitée - Prestation limitée à 21 nuitées pour les séjours correspondant aux conditions des articles R.6111-50 et R.6111-52 du code de la santé publique. Les montants s'ajoutent à ceux de la Sécurité Sociale	-	30 €	50 €	150 €
Hébergement temporaire non médicalisé (non pris en charge par la Sécurité Sociale). Par nuitée, maximum 6 nuits par assuré et par année civile. La prise en charge se limite à la nuit précédant la date de son hospitalisation et à la nuit suivant la date de la fin de cette hospitalisation. Si une de ces deux nuitées n'est pas effectivement consommée, elle ne sera pas prise en charge.	-	30 €	50 €	150 €
Lit d'accompagnant par jour (limité à 2 jours, sauf pour l'enfant < 12 ans, la personne dépendante ou l'adulte > 75 ans)	-	18 €	35 €	50 €
Hospitalisation à domicile	80%	100%	100%	100%
Frais de transport	65%	100%	100%	100%
DENTAIRE				
Soins dentaires	70%	100%	200%	300%
Prothèses dentaires 100% santé* - panier 1 :				
Couronnes et bridges prévus par la convention dentaire en vigueur	100 % des frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation			
Couronnes, bridges et autres prothèses (dont Inlay-Onlay) prévus par la convention dentaire en vigueur				
Prothèses dentaires - panier 2 (tarif maîtrisé) et panier 3 (tarif libre) :				
Prothèses dentaires (y compris les prothèses sur implants et les Inlay-Onlay)	70%	200%	300%	400%
Plafond prothèse dentaire par bénéficiaire et par année civile (**lorsque le plafond est atteint le remboursement est limité à 100% BR -SS)	-	1 000 € / an **	1 500 € / an **	2 100 € / an **
Orthodontie enfant (limitée à 6 semestres)	100%	225%	325%	425%
Implants / an	Variable	200 €	400 €	600 €
Forfait Parodontologie non acceptée par la Sécurité sociale par assuré et par année civile	-	-	200 €	300 €
Actes de prévention dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale par assuré et tous les 2 ans à compter du 1^{er} versement : Test prophylactique dentaire / Scellement sillons des dents / Nettoyage et polissage professionnel des surfaces dentaires / Application de vernis fluoré	-	-	150 €	200 €
OPTIQUE				
Équipements 100 % santé* - classe A :	100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente			
Prestation d'adaptation et d'appariage des verres de classe A, + Supplément pour les verres avec filtre	100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente			

* tels que définis réglementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)

	Régime Obligatoire	RO + PRIMUM	RO + MEDIUM	RO + SUMMUM
OPTIQUE				
Équipements - classe B - Tarif libre :				
ADULTE - Limité à un équipement (= une monture et deux verres) tous les deux ans (à partir de la date de facturation) sauf en cas d'évolution de la vue nécessitant un changement d'équipement (dans ce cas la limite est annuelle)				
Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale				
Monture	60%	80 €	100 €	100 €
Par verre	60%	Forfait	Forfait	Forfait
Chirurgie réfractive par œil	-	200 €	400 €	600 €
ENFANT (moins de 16 ans). Limité à un équipement (= une monture et deux verres) par an (à partir de la date de facturation)				
Forfait incluant le remboursement de la Sécurité sociale				
Monture	60%	80 €	100 €	100 €
Par verre	60%	Forfait	Forfait	Forfait
ADULTES ET ENFANTS				
Prestation d'adaptation de la correction visuelle classe B + Supplément pour les verres avec filtre	100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente			
Lentilles acceptées ou non acceptées Adulte et enfant	Variable	100% + 100 €/an	100% + 120 €/an	100% + 200 €/an
ACTES EXTERNES (EN VILLE OU DANS UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER)				
ACTES CLINIQUES				
Honoraires médicaux				
Consultations - visites chez des omnipraticiens et spécialistes - Médecins hors OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	180%	200%
Consultations - visites chez des omnipraticiens et spécialistes - Médecins OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	200%	300%
Indemnités de déplacement et majorations	70%	100%	100%	100%
Consultations - visites psychiatriques (limitées à 30 par an) - Médecins hors OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	180%	200%
Consultations - visites psychiatriques (limitées à 30 par an) - Médecins OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	200%	300%
ACTES DIAGNOSTIQUES ET TECHNIQUES				
Actes d'imagerie - Médecins hors OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	180%	200%
Actes d'imagerie - Médecin OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	200%	300%
Actes Techniques - Médicaux - Médecins hors OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	180%	200%
Actes techniques - Médicaux - Médecins OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	200%	300%
Chirurgie externe - Médecins hors OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	180%	200%
Chirurgie externe - Médecins OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	200%	300%
Obstétrique - Médecins hors OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	180%	200%
Obstétrique - Médecins OPTAM / OPTAM CO	70%	100%	200%	300%
PRESCRIPTIONS				
Honoraires paramédicaux	60%	100%	100%	100%
Séances d'accompagnement réalisées par des psychologues conventionnés (conformément aux articles L.162-58 et R.162-62 à R.162-69 du Code de la Sécurité)	100%	100%	100%	100%
Médicaments et pharmacie acceptés par la Sécurité Sociale	65% ou 30% ou 15%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%	100%
Vaccins + rappels pris en charge	65% ou 100%	100%	100%	100%
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive par oreille par période de 4 ans (date de facturation). Forfait incluant le remboursement de la sécurité sociale				
Aides auditives - classe I Équipements 100 % santé*	100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente			
Aides auditives - classe II Tarif libre	60%	1 200 €	1 600 €	1 700 €

* tels que définis règlementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)



	Régime Obligatoire	RO + PRIMUM	RO + MEDIUM	RO + SUMMUM
MATÉRIEL MÉDICAL				
Appareillage	60% ou 100%	100%	250%	400%
Appareillages 100% Santé (Prothèses capillaires, fauteuils roulants faisant l'objet d'une prise en charge renforcée, conformément à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale)	100% des frais réels dans la limite des prix limites de vente			
SOINS EXTERNES				
Centre ou un établissement de santé - Médecins hors OPTAM / OPTAM CO	60% ou 70%	100%	180%	200%
Centre ou un établissement de santé - Médecins OPTAM / OPTAM CO	60% ou 70%	100%	200%	300%
ENFANTS / MATERNITÉ				
Forfait maternité	-	0 €	350 €	600 €
Pilule contraceptive par an	-	40 €	40 €	40 €
PMA / FIV - actes techniques médicaux, à l'exclusion du DPNI (dépistage prénatal non invasif) - non acceptées par la Sécurité sociale Forfait par assurée et par année civile	-	-	300 €	400 €
Forfait Psychologue ou psychomotricien par séance dans la limite de 4 séances par enfant assuré et par année civile	-	-	30 €	40 €
Dépistage du strabisme et de la surdité avant 3 ans (dont audio métrie subjective) + bilan allergique par enfant assuré et par année civile	-	-	30 €	50 €
DIVERS				
Ostéopathie par an	-	20 € x 5	20 € x 5	20 € x 5
Diététique par an	-	20 €	20 €	20 €
Cures thermales forfait soins et traitement, hébergement	65%	100%	150%	200%
Cures thermales forfait surveillance	70%	100%	150%	200%
ACTES DE PRÉVENTION				
Vaccins non pris en charge par an	-	80 €	80 €	80 €
Ostéodensitométrie	-	40 €	40 €	40 €
Digital / E-santé Forfait Objet connecté e-santé - à utiliser sur une période de deux ans à compter de la date d'achat du premier objet par le membre participant. L'objet connecté E-Santé ne peut en aucun cas consister en un appareil qui ouvrirait autrement droit à prise en charge par le présent Règlement mutualiste. Notamment et de manière non limitative, ne peut être considéré comme un objet connecté E-Santé, un dispositif de correction de la vue ou de l'audition	-	-	-	75 €

* tels que définis r glementairement (aux articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale)

Les garanties indiquées dans ce tableau sont exprimées en % de la base de remboursement du régime obligatoire ou sous forme de forfait. Elles incluent le remboursement du Régime Obligatoire et sont limitées aux frais engagés. La participation forfaitaire et les franchises médicales à charge de l'assuré prévues par la législation sur l'assurance maladie ainsi que La minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la sécurité sociale concernant le recours aux transports partagés ne sont jamais remboursées aux titres des contrats responsables.

En dehors du parcours de soins resteront systématiquement à la charge de l'adh rent, outre la participation forfaitaire à charge de l'assuré :

- l'augmentation du ticket modérateur liée à la baisse de remboursement du régime obligatoire (RO),
- les dépassements autorisés que pourraient prendre les spécialistes de secteur I,
- les dépassements d'honoraires des spécialistes de secteur II, dans la limite des montants prévus par la législation sur l'assurance maladie concernant les contrats responsables.

Le contrat est assuré par la Mutuelle du Médecin :

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, N  SIREN 784 180 044, 1 boulevard Pasteur 75015 PARIS - Mutuelle substituée par AGMF Prévoyance, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, N  SIREN 775 666 340, 1 boulevard Pasteur 75015 PARIS.