

	Niveau 1 AMO + Mutuelle	Niveau 2 AMO + Mutuelle	Niveau 3 AMO + Mutuelle
<b>HOSPITALISATION - Honoraires, actes et soins</b>			
<b>Médecins signataires DPTM</b> : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	400%	400%	400%
<b>Médecins non signataires DPTM</b> : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	200%	200%	200%
<b>Participation du patient</b> : pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.	FR	FR	FR
<b>Séjours</b>			
<b>Frais de séjour</b> : pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.	100%	100%	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	FR	FR	FR
<b>Chambre particulière avec nuitée Hors ambulatoire.</b> Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée limitée à 90 jours par année civile et par bénéficiaire.	90 € / jour	90 € / jour	90 € / jour
<b>Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie.</b> Hors box d'hospitalisation	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
<b>Frais d'accompagnement Hors ambulatoire.</b> Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Durée limitée à 90 jours par année civile et par bénéficiaire.	50 € / jour	50 € / jour	50 € / jour
<b>Frais de télévision</b> : durée limitée à 90 jours par année civile et par bénéficiaire.	3 € / jour	3 € / jour	3 € / jour
<b>SOINS COURANTS</b>			
Honoraires médicaux - Consultation, visites des <b>médecins généralistes</b>			
<b>Médecins signataires DPTM</b>	100%	200%	300%
<b>Médecins non signataires DPTM</b>	100%	180%	200%
Consultation, visites des <b>médecins spécialistes</b>			
<b>Médecins signataires DPTM</b>	100%	200%	300%
<b>Médecins non signataires DPTM</b>	100%	180%	200%
<b>Sages-femmes</b>	100%	200%	300%
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
<b>Auxiliaires médicaux</b> dont infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100%	100%	100%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100%	200%	300%
<b>Actes d'imagerie : Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.</b>			
<b>Médecins signataires DPTM</b>	100%	200%	300%
<b>Médecins non signataires DPTM</b>	100%	180%	200%
<b>Actes techniques médicaux et de chirurgie</b>			
<b>Médecins signataires DPTM</b> : dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.	100%	200%	300%
<b>Médecins non signataires DPTM</b>	100%	180%	200%
<b>Participation du patient</b> : pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.	FR	FR	FR

AMO = Assurance Maladie Obligatoire – DPTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée – FR = Frais Réels

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement »

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.

	Niveau 1 AMO + Mutuelle	Niveau 2 AMO + Mutuelle	Niveau 3 AMO + Mutuelle
<b>Médicaments</b>			
Médicaments à Service Médical Rendu important, modéré, faible	100%	100%	100%
<b>Matériels médical</b>			
Accessoires, appareillages, orthopédie	100%	200%	300%
Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100%	200%	300%
<b>Transports</b>			
Transports prescrits remboursés par l'AMO	100%	100%	100%
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Autres prestations</b>			
Acupuncteurs, auriculothérapeutes, chiropracteurs, cryothérapie, diététiciens, homéopathes, naturothérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures-podologues, phytothérapeutes, psychologues, sexologues, sophrologues. Forfait par séance et par bénéficiaire. Limité à 3 séances par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.	50 €	50 €	50 €
Actes d'imagerie non remboursés par l'AMO. Limité à 100 € par année civile et par bénéficiaire.	-	70% FR	90% FR
Cures thermales remboursées par l'AMO : soins, transport, hébergement.	100%	100%	100%
<b>DENTAIRE</b>			
Plafond global de remboursement est en fonction des niveaux de garantie : 700 € - 1000 € - 2000 € par année civile et par bénéficiaire pour les actes dentaires désignés ci-dessous et hors Ticket Modérateur = 30% B.R. sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO.			
Soins, actes et consultations	150%	200%	300%
Orthodontie remboursée par l'AMO	200%	300%	400%
<b>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 proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.</b>			
Prothèses fixes	FR	FR	FR
<b>Prothèses hors 100% santé.</b> Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé			
<b>Panier à honoraires maîtrisés</b>			
Inlays onlays Actes soumis à des honoraires limites de facturation	150%	200%	300%
Prothèses dentaires : Actes soumis à des honoraires limites de facturation et au plafond global de remboursement	200%	300%	400%
<b>Panier à honoraires libres</b>			
Inlays onlays	150%	200%	300%
Prothèses dentaires : Actes soumis au plafond global de remboursement.	200%	300%	400%
<b>Actes non remboursés par l'AMO</b>			
Soins, prothèses, orthodontie. Forfait par année civile et par bénéficiaire. Actes soumis au plafond global de remboursement.	-	230 €	450 €

AMO = Assurance Maladie Obligatoire – DPTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée – FR = Frais Réels

BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement »

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.

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). Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général en vigueur au 02/05/2011. 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.

	Niveau 1 AMO + Mutuelle	Niveau 2 AMO + Mutuelle	Niveau 3 AMO + Mutuelle
<b>OPTIQUE</b>			
<b>1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus</b> (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.			
<b>Équipements 100% santé (Tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture). Classe A.</b> Le professionnel de santé a l'obligation de proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.			
Monture	FR	FR	FR
Verres : tous types de correction	FR	FR	FR
Prestations d'appairage : prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes	FR	FR	FR
<b>Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres</b>			
Monture Forfait par monture et par bénéficiaire.	40 €	60 €	100 €
Verre simple	20 €	45 €	82.50 €
Verre complexe	80 €	85 €	150 €
Verre très complexe	80 €	85 €	150 €
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prisme et adaptation de la prescription	100%	100%	100%
<b>Lentilles</b>			
Lentilles remboursées par l'AMO : forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Sur prescription médicale. Y compris produits d'entretien.	100% + 80 €	100% + 150 €	100% + 300 €
Lentilles non remboursées par l'AMO : forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Sur prescription médicale. Y compris produits d'entretien.	80 €	150 €	300 €
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO : forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire.	120 €	230 €	450 €
<b>AIDES AUDITIVES - Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date</b>			
<b>Équipements 100% santé (Tels que définis réglementairement). Classe I - Soumis à des prix limites de vente.</b> Le professionnel de santé a l'obligation de proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.			
Aides auditives Appareillage auditif. Forfait par oreille et par bénéficiaire.	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 200 €
<b>Équipements hors 100% santé. Classe II - Tarifs libres</b>			
Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité. Appareillage auditif. Âge apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction. Forfait par oreille et par bénéficiaire.	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 200 €
Aides auditives plus de 20 ans : Appareillage auditif. Âge apprécié à la date des soins. Forfait par oreille et par bénéficiaire.	100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 200 €
Accessoires, entretien, piles, réparations	100%	100%	100%
<b>Assistance Santé : voir notice d'informations. Tous les actes de prévention pris en charge par l'AMO sont remboursés à 100% BR.</b>			

AMO = Assurance Maladie Obligatoire – DPTM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée – FR = Frais Réels - BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement »

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.

**RÉGIME FRAIS DE SANTÉ FNI SANTÉ DES INFIRMIERS LIBÉRAUX**  
Cotisations mensuelles 2020

TRANCHE D'ÂGE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
de 0 à 24 ans	23,32 €	32,39 €	43,65 €
de 25 à 29 ans	30,98 €	43,66 €	60,52 €
de 30 à 34 ans	38,68 €	54,94 €	77,38 €
de 35 à 39 ans	41,33 €	58,54 €	81,34 €
de 40 à 44 ans	43,99 €	62,17 €	85,28 €
de 45 à 49 ans	46,65 €	65,78 €	89,23 €
de 50 à 54 ans	52,09 €	73,46 €	99,63 €
de 55 à 59 ans	57,54 €	81,13 €	110,04 €
60 ans et plus	62,99 €	88,81 €	120,45 €

Gratuité à partir du 3<sup>e</sup> enfant. Tarifs mensuels incluant la taxe de solidarité additionnelle de 13,27% (TSA) > Base 2020.

**PLUS D'1  
MILLION**  
de personnes  
déjà protégées  
par **ADREA**

**LES AVANTAGES LIÉS  
À VOTRE GARANTIE**

- Déduction des cotisations de vos revenus au titre de la loi Madelin\*
- 1 mois gratuit pour vous et votre famille : **réservé aux adhérents FNI**
- Maintien du contrat lors du passage à la retraite
- Cotisation offerte à partir du 3<sup>e</sup> enfant si l'aîné a moins de 28 ans
- Enfants couverts jusqu'à l'âge de 28 ans
- Assistance 24h/24



\*Dans le respect de la réglementation applicable

ADREA Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité –  
Immatriculée sous le n° 311 799 878 – 25 place de la Madeleine – 75008 PARIS –  
FCO\_201910.