

MUTUELLE SANTÉ COLLECTIF

Garanties en vigueur au 01/01/2017

	ANI1	PLUS2	MULTI3	MAX4	TOP5
MALADIE (1)					
Consultations, visites généralistes (a)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Consultations, visites spécialistes (a)	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Analyses médicales	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) et actes techniques médicaux (a)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Pharmacie : médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire (* ANI1 : uniquement vignettes blanches médicaments à 65 %)	100 %*	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de petite chirurgie (a)	100 %	140 %	150 %	200 %	250 %
APPAREILLAGE (1)					
Orthopédie, petits et grands appareillages	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Prothèses capillaires, mammaires	100 %	100 %	100 % + 200 €	100 % + 300 €	100 % + 350 €
Prothèses auditives (montant exprimé par oreille)	100 %	100 %	100 % + 200 €	100 % + 300 €	100 % + 350 €
OPTIQUE (2) 1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue					
Équipement Simple (monture + verres simples) remboursé par l'assurance maladie obligatoire*	105 €	175 €	245 €	345 €	440 €
Équipement Complexe (monture + verres complexes) remboursé par l'assurance maladie obligatoire*	200 €	210 €	310 €	480 €	610 €
(*) maximum 150 € pour la monture					
Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire	-	80 €	100 €	120 €	150 €
Chirurgie réfractive de l'oeil (myopie, hypermétropie, presbytie)	-	200 €/oeil	300 €/oeil	400 €/oeil	450 €/oeil
DENTAIRE (3)					
Soins et consultations	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire	125 %	200 %	300 %	350 %	400 %
Inlay core et Inlay core à clavettes	125 %	125 %	150 %	170 %	200 %
Prothèses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	-	150 €	200 €	300 €	400 €
Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	125 %	200 %	300 %	350 %	350 %
Orthodontie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire	-	200 €	300 €	400 €	500 €
Implantologie et parodontologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	-	400 €	500 €	650 €	750 €
HOSPITALISATION (4)					
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique (a)	100 %	140 %	150 %	200 %	250 %
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €
Honoraires médicaux (a)	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier (voir mentions complémentaires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (voir mentions complémentaires)	-	50 €/jour	55 €/jour	65 €/jour	80 €/jour
Frais d'accompagnement (voir mentions complémentaires)	-	15 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	25 €/jour
TRANSPORT (1)					
Transport	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
CURES THERMALES (1)					
Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement	100 %	100 %	100 %	100 %	150 %
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES (5)					
Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : contraception, amniocentèse, fécondation in vitro, vaccins non remboursés, ostéodensitométrie, homéopathie non remboursée, sevrage tabagique	-	30 €	40 €	50 €	60 €
Forfait séances (3 séances maximum par an) toutes spécialités énumérées confondues : ostéopathe, chiropraticien, acupuncteur, pédicure-podologue, diététicien diplômé d'état, microkinésithérapeute	-	20 €/séance	30 €/séance	35 €/séance	40 €/séance
Actes de prévention remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Assistance à domicile Garantie incluse 24h sur 24, 7 jours sur 7, partout en France	NON	OUI	OUI	OUI	OUI
Protection juridique santé En cas de litige avec un Professionnel de Santé ou un Etablissement de soins	NON	OUI	OUI	OUI	OUI

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

Exemples de remboursement en vigueur au 01/01/2017

	ANI1	PLUS2	MULTI3	MAX4	TOP5
CONSULTATION CHEZ UN MÉDECIN SPÉCIALISTE					
COÛT DE LA CONSULTATION CHEZ UN SPÉCIALISTE DE SECTEUR 2 DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS	35,00 €	35,00 €	35,00 €	35,00 €	35,00 €
Remboursement Ass. Maladie Obligatoire.....	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €	15,10 €
Remboursement Mutuelle.....	6,90 €	12,65 €	18,40 €	18,90 €	18,90 €
A votre charge (1€ minimum)	13,00 €	7,25 €	1,50 €	1,00 €	1,00 €

PROTHÈSE DENTAIRE (REBOURSEE PAR SECURISE SOCIALE)					
COÛT D'UNE COURONNE CÉRAMIQUE (REBOURSEE PAR SÉCU)	470 €	470 €	470 €	470 €	470 €
Remboursement Ass. Maladie Obligatoire.....	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €	75,25 €
Remboursement Mutuelle.....	32,25 €	139,75 €	247,25 €	301,00 €	354,75 €
A votre charge	362,50 €	255,00 €	147,50 €	93,75 €	40,00 €

ORTHODONTIE (REBOURSEE PAR SECURISE SOCIALE)					
COÛT D'UN SEMESTRE	670,00 €	670,00 €	670,00 €	670,00 €	670,00 €
Remboursement Ass. Maladie Obligatoire.....	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €
Remboursement Mutuelle.....	48,38 €	96,75 €	193,50 €	387,00 €	476,50 €
Total des remboursements.....	241,88 €	290,25 €	387,00 €	580,50 €	670,00 €
A votre charge	428,13 €	379,75 €	283,00 €	89,50 €	0,00 €

OPTIQUE : EQUIPEMENT SIMPLE (MONTURE + VERRES SIMPLES)*					
COÛT DE LA MONTURE + VERRES SIMPLES	270,00 €	270,00 €	270,00 €	270,00 €	270,00 €
Remboursement Ass. Maladie Obligatoire.....	6,10 €	6,10 €	6,10 €	6,10 €	6,10 €
Remboursement Mutuelle.....	105,00 €	175,00 €	245,00 €	263,90 €	263,90 €
A votre charge	158,90 €	88,90 €	18,90 €	0,00 €	0,00 €

OPTIQUE : EQUIPEMENT COMPLEXE (MONTURE + VERRES COMPLEXES)**					
COÛT DE LA MONTURE + VERRES COMPLEXES	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €
Remboursement Ass. Maladie Obligatoire.....	10,49 €	10,49 €	10,49 €	10,49 €	10,49 €
Remboursement Mutuelle.....	200,00 €	200,00 €	310,00 €	480,00 €	589,51 €
A votre charge	389,51 €	389,51 €	279,51 €	109,51 €	0,00 €

*Exemple avec des verres blancs simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00. **Exemple avec des verres blancs multifocaux ou progressifs, sphère de -4,00 à +4,00

MENTIONS COMPLÉMENTAIRES

Vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliqués par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

Nos tarifs et documents sont établis sur la base des remboursements du régime obligatoire et des textes législatifs connus au 01/10/2016.

(a) Les dépassements sur les actes et honoraires pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif du contrat d'accès aux soins sont minorés de 20% par rapport au pourcentage indiqué dans le tableau des prestations et en tout état de cause plafonnés à 200%.

Les forfaits hors équipement optique sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

(1) Ces prestations sont prises en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

(2) **OPTIQUE** Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 régissant les «contrats responsables», la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Le forfait équipement optique s'entend prise en charge du ticket modérateur incluse.

La Mutuelle rembourse les verres selon le détail ci-dessous :

Répartition des verres par codes LPP selon la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire

Équipement simple

Monture + verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries LPP : 2203240, 2287916, 2259966, 2226412, 2261874, 2200393, 2242457, 2270413

Équipement complexe

Monture + verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries LPP : 2282793, 2263459, 2280660, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2212976, 2252668, 2288519, 2299523, 2290396, 2291183, 2227038, 2299180, 2245384, 2295198, 2202239, 2252042, 2243540, 2243304, 2273854, 2283953, 2238941, 2245036, 2259245, 2238792, 2240671, 2234239, 2297441, 2291088, 2248320, 2219381, 2268385, 2206800, 2264045, 2202452, 2282221, 2202452, 2282221, 2259660

Dans le cas d'un équipement mixte (monture + 2 verres l'un simple, l'autre complexe) le remboursement s'effectue sur la base d'un équipement complexe dans la limite de 610€.

(3) **DENTAIRE** Les prothèses, l'orthodontie, la parodontie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.

(4) **HOSPITALISATION** La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond indiqué, sauf convention particulière passée entre la Mutuelle et l'établissement. La durée de prise en charge de la chambre particulière est illimitée en chirurgie et médecine et limitée à 60 jours par année civile en maternité, rééducation, maison de repos, de convalescence et moyen séjour. La chambre particulière n'est pas prise en charge pour les séjours en psychiatrie, neuropsychiatrie, colonie sanitaire, cure thermique ou médicale, diététique, régime, nutrition ainsi que les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction. Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.

Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.

Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unité et centre de longue durée.

Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation et concernent l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans ou d'un adulte de plus de 75 ans dans la limite de 30 jours par an ou dans les autres cas, dans la limite de 2 jours par an. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.

Est réputé «accident de la circulation», l'accident :

- provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée,
- survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre,

Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

(5) PREVENTION ET MEDECINES DOUCES

Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline.

ASSISTANCE A DOMICILE Garantie incluse 24h sur 24, 7 jours sur 7, partout en France pour toutes les garanties excepté ANI1. Assurée par Garantie Assistance

PROTECTION JURIDIQUE SANTE En cas de litige avec un Professionnel de Santé ou un Etablissement de soins. Assurée par Assistance Protection Juridique