

GARANTIE FRAIS DE SANTE UNIDIS - PAPIER CARTON CELLULOSE

Prestations en vigueur au 01/01/2020

		Régime Socle (incluant le régime de la sécurité sociale)	Option 1 (incluant le régime socle)	Option 2 (incluant le régime socle)
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX			
	Généraliste			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100%	150%	200%
	- Autres praticiens	100%	130%	180%
	Spécialiste			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150%	200%	250%
	- Autres praticiens	130%	175%	200%
	Radiologie			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150%	200%	300%
	- Autres praticiens	130%	175%	200%
	Actes de chirurgie hors hospitalisation			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150%	200%	300%
	- Autres praticiens	130%	175%	200%
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
	Analyses et examens de laboratoire	130%	200%	300%
	HONORAIRES PARAMEDICAUX			
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	130%	200%	300%
MEDICAMENTS				
Service Médical Rendu Important	100%	100%	100%	
Service Médical Rendu Modéré	100%	100%	100%	
Service Médical Rendu Faible	100%	100%	100%	
MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100% + 300 € / benef	100% + 600 € / benef	100% + 800 € / benef	
TRANSPORT SANITAIRE				
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100%	100%	100%	
AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES			
	Prothèse auditive remboursable ⁽¹⁾			
	- Equipement 100% santé (Classe I - tel que défini règlementairement) ⁽²⁾⁽³⁾	100 % santé	100 % santé	100 % santé
- Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽³⁾	100% + 300 € / oreille 100% + 300 € / an	100% + 600 € / oreille 100% + 600 € / an	100% + 800 € / oreille 100% + 800 € / an	
CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO	CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO			
	Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100%	200%	300%
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION			
	MEDICALE ET CHIRURGICALE			
	Frais de séjour	150%	350%	450%
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (horsmaternité)			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150%	350%	450%
	- Autres praticiens	130%	200%	200%
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	40 €/nuit	80 €/nuit	100 €/nuit
	Chambre particulière (en ambulatoire) ⁽⁵⁾	25 €/jour	80 €/jour	100 €/jour
	Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Frais d'accompagnement (EAC < 16 ans)	40 €/jour	80 €/jour	100 €/jour
	Transport (remboursé SS)	100%	100%	100%
	Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	MATERNITE			
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (maternité)			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150%	350%	450%
	- Autres praticiens	130%	200%	200%
	Chambre particulière ⁽⁴⁾	40 €/nuit	80 €/nuit	100 €/nuit
Forfait Naissance	100 €	250 €	350 €	

GARANTIE FRAIS DE SANTE UNIDIS - PAPIER CARTON CELLULOSE

Prestations en vigueur au 01/01/2020

	Régime Socle (incluant le régime de la sécurité sociale)	Option 1 (incluant le régime socle)	Option 2 (incluant le régime socle)
OPTIQUE			
Equipement 100% santé (Classe A - tel que défini réglementairement) ⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾			
Monture + verres	100 % santé	100 % santé	100 % santé
Equipement à tarifs libres (Classe B) ⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
Monture	80 €	100 €	100 €
Verres simple foyer, sphériques			
Sphère de -6 à +6	90 €	110 €	130 €
Sphère de -6,25 à -8 ou de +6,25 à +8	100 €	125 €	145 €
Sphère < -8 ou > +8	100 €	125 €	145 €
Verres simple foyer, sphéro-cylindriques			
Cylindre < +4 sphère de -6 à 0	90 €	120 €	140 €
Cylindre < +4 sphère de +0,25 à +6 et S <= 6	90 €	120 €	140 €
Cylindre < +4 sphère de +0,25 à +6 et S > 6	120 €	140 €	160 €
Cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	120 €	140 €	160 €
Cylindre > +4 sphère de -6 à 0	120 €	140 €	160 €
Cylindre > +4 sphère de +0,25 à +6 et S <= 6	90 €	120 €	140 €
Cylindre > +4 sphère de +0,25 à +6 et S > 6	120 €	140 €	160 €
Cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	120 €	140 €	160 €
Verres multi-focaux ou progressifs sphériques			
Sphère de -4 à +4	120 €	180 €	200 €
Sphère < -4 ou > +4	150 €	190 €	210 €
Verres multi-focaux ou progressifs sphéro-cylindriques			
Sphère de -8 à 0 et Cylindre <= +4	120 €	200 €	220 €
Sphère > 0 et S <= +8	120 €	200 €	220 €
Sphère de -8 à 0 et Cylindre > +4	120 €	200 €	220 €
Sphère > 0 et S > +8	150 €	210 €	230 €
Sphère < -8 et Cylindre >= +0,25	150 €	210 €	230 €
Adaptation de la correction visuelle	100%	100%	100%
Verres avec filtre	100%	100%	100%
Autres suppléments (prisme, système antipolis, verres iséiconiques)	100%	100%	100%
Lentilles remboursées	100 % + 100 €/An	100 % + 250 €/An	100 % + 350 €/An
Lentilles non remboursées et jetables	100 €/An	250 €/An	350 €/An
Kératochirurgie	200 € / Œil	500 € / Œil	800 € / Œil
DENTAIRE			
SOINS			
Soins dentaires	100%	100%	100%
PROTHESES REMBOURSEES PAR L'AMO			
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽⁹⁾	100 % santé	100 % santé	100 % santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ⁽⁹⁾			
- Prothèses fixes sur dents visibles	250%	375%	475%
- Prothèses fixes sur dents non visibles	200%	300%	350%
- Inlay-Core	125%	200%	250%
- Prothèses transitoires	250%	375%	475%
- Inlay onlay	125%	200%	250%
- Prothèses amovibles	250%	375%	475%
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres			
- Prothèses fixes sur dents visibles	250%	375%	475%
- Prothèses fixes sur dents non visibles	200%	300%	350%
- Inlay-Core	125%	200%	250%
- Prothèses transitoires	250%	375%	475%
- Inlay onlay	125%	200%	250%
- Prothèses amovibles	250%	375%	475%
PROTHESES NON REMBOURSEES PAR L'AMO			
Prothèses dentaires non remboursables non prises en charge par le RO (maximum 3 dents / an / bénéficiaire)	200 € / dent	400 € / dent	500 € / dent
Implantologie (maximum 3 dents/an/bénéficiaire)	200 € / implant	400 € / implant	500 € / implant
Parodontologie non prise en charge par le RO (maximum 3 dents/an/bénéficiaire)	200 € / dent	400 € / dent	500 € / dent
ORTHODONTIE			
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	200%	350%	450%
Orthodontie refusée par le régime obligatoire	100% BR reconstituée	250% BR reconstituée	350% BR reconstituée

GARANTIE FRAIS DE SANTE UNIDIS - PAPIER CARTON CELLULOSE

Prestations en vigueur au 01/01/2020

		Régime Socle (incluant le régime de la sécurité sociale)	Option 1 (incluant le régime socle)	Option 2 (incluant le régime socle)
AUTRES	AUTRES			
	Vaccins non remboursés	Néant	100 € / an	150 € / an
	Diététicien - 16 ans	Néant	50 € / an	100 € / an
	Contraception	Néant	100 € / an	150 € / an
	Ostéopathes - Chiropracteurs - Etiopathes - Acupuncteurs ⁽¹⁰⁾	25 euros 3 x / an	35 euros 5 x / an	50 euros 5 x / an
	Psychologue	Néant	35 euros 5 x / an	50 euros 5 x / an
	Patch Anti Tabac	Néant	150 € / an	250 € / an
	Actes de Prévention (Arrêté du 8 juin 2006) ⁽¹¹⁾	OUI	OUI	OUI
	Assistance à domicile : Harmonie Santé Services	OUI	OUI	OUI

(1) Jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- o Le renouvellement intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- o L'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;
- o Pour la prise en charge, le prescripteur doit notamment attester de cette situation en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.

Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. A partir du 1er janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700€, par oreille et par bénéficiaire, y compris celui de la Sécurité sociale

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(6) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(7) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(8) - Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

(9) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(10) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINES et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

(11) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008. - Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant:

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),

- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires. - Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants:

- cures médicales en établissements de personnes âgées,

- ateliers thérapeutiques,

- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,

- centres de rééducation professionnelle

- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Les remboursements de la mutuelle:

- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),

- sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle