

RÉSUMÉ DE VOTRE GARANTIE

Prestations en vigueur au 01/01/2021		Régime obligatoire (à titre indicatif MSA hors Alsace Moselle)	REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)	
Régime général			Base	Option 1
SOINS COURANTS	SOINS COURANTS			
	HONORAIRES MEDICAUX			
	Consultations, visites généralistes et spécialistes			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70% BR	290% BR	Frais réels
	- Autres praticiens	70% BR	200% BR	200% BR
	Actes techniques médicaux et d'échographie			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70% BR	290% BR	Frais réels
	- Autres praticiens	70% BR	200% BR	200% BR
	Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70% BR	290% BR	Frais réels
	- Autres praticiens	70% BR	200% BR	200% BR
	Actes de sages-femmes	60% BR	290% BR	Frais réels
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
	Analyses et examens de laboratoire	60% BR	290% BR	Frais réels
	HONORAIRES PARAMEDICAUX			
	Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	60% BR	290% BR	Frais réels
MEDICAMENTS				
Service Médical Rendu Important (y compris substituts nicotiques)	65% BR	100% BR	100% BR	
Service Médical Rendu Modéré	30% BR	100% BR	100% BR	
Service Médical Rendu Faible	15% BR	100% BR	100% BR	
MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60% BR	100% BR	165% BR	
Gros appareillage	100% BR	100% BR	100% BR	
TRANSPORT SANITAIRE				
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% BR	100% BR	100% BR	
AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES			
	Prothèse auditive remboursable (1)			
	- Equipement 100% santé (Classe I - tel que défini réglementairement) ⁽²⁾⁽³⁾		100 % santé	100 % santé
- Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽²⁾⁽³⁾	60% BR	200% BR + 300 € /Appareil	200% BR + 650 € /Appareil	
Entretien, fournitures et accessoires	60% BR	100% BR	100% BR	
CURE THERMALE	CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO			
	Cure thermale (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	65% ou 70%	100% BR	100% BR + 200 €/An
HOSPITALISATION	HOSPITALISATION			
	MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE			
	Frais de séjour	80% ou 100%	100% BR	100% BR
	Forfait actes lourds		100% FR	100% FR
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)			
	- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	255% BR	Frais réels
	- Autres praticiens	80% ou 100%	200% BR	200% BR
	Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	100% BR	100% BR
	Forfait journalier hospitalier	-	100% FR	100% FR
	Chambre particulière hors maternité et psychiatrie ⁽⁴⁾	-	25 € / jour	30 € / jour
	Chambre particulière maternité ⁽⁴⁾		25 € / jour	55 € / jour
Chambre particulière psychiatrie ⁽⁴⁾		25 € / jour	30 € / jour	
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾	-	25 € / jour	25 €/jour	
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans	-		25 € / jour	
Maternité		1/3 PMSS	1/3 PMSS	
OPTIQUE	OPTIQUE			
	Equipement 100% santé (Classe A - tel que défini réglementairement) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
	Monture + verres		100 % santé	100 % santé
	Equipement à tarifs libres (Classe B) (6) (7)(9)			
	Enfant			
	Monture	60%	100 €	100 €
	Par verre :			
	Verre simple	60%	60% + 110 €	60% + 135 €
	Verre complexe	60%	60% + 175 €	60% + 225 €
	Verre très complexe	60%	60% + 175 €	60% + 275 €
	Adulte			
	Monture	60%	60% + 15 €	100 €
	Par verre :			
	Verre simple	60%	60% + 110 €	60% + 135 €
	Verre complexe	60%	60% + 175 €	60% + 225 €
	Verre très complexe	60%	60% + 175 €	60% + 275 €
Adaptation de la correction visuelle	60%	Frais réels	Frais réels	
Verres avec filtre	60%	Frais réels	Frais réels	
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60%	Frais réels	Frais réels	
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	60% ou 0%	100 % BR ou 0 % BR + 100 € / an / bénéficiaire	100 % BR ou 0 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	

RÉSUMÉ DE VOTRE GARANTIE

Prestations en vigueur au 01/01/2020

Régime général	Régime obligatoire (à titre indicatif MSA hors Alsace Moselle)	REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)		
		Base	Option 1	
DENTAIRE	DENTAIRE			
	SOINS			
	Soins	70%	200% BR 100 % santé	Frais réels 100 % santé
	Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10)			
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (10)			
	- Prothèses fixes (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
	- Inlay-Core	70%	200%	200%
	- Prothèses transitoires (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
	- Inlay onlay	70%	200%	200%
	- Prothèses amovibles (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
	Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres			
	- Prothèses fixes (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
- Inlay-Core	70%	200%	200%	
- Prothèses transitoires (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	
- Inlay onlay	70%	200%	200%	
- Prothèses amovibles (11)	70%	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire	
Prothèses dentaires non remboursables par le régime obligatoire (12)		200 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire	
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100 %	220%	300%	
Orthodontie refusée par le régime obligatoire		200 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire	
AUTRES	AUTRES			
	Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie (13)	-	30 € / séance limité à 1 séance par an	30 € / séance limité à 3 séances par an
	Vie sans tabac - Sevrage tabagique (14)		30 € / an / bénéficiaire	50 € / an / bénéficiaire
	Assistance		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 :

- oLe 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) ;
- oL'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) ;
- oPour 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 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.

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

(7) 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.

(8) 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).

(9) - 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.

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

(11) Plafond commun

(12) Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire : es 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables

(13) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(14) Prise en charge des substituts nicotiques (sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire), des consultations cognito-comportementales et / ou des consultations d'hypnose Ericksonienne sur présentation de la facture comportant le n°FINISS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.

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