

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2020 - PXSCP02302 généré le 31/10/2019

<u>Régime général</u>	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %		100 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		100 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
<i>SMR: Service Médical Rendu.</i>				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 110 %	210 %
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 90 %	190 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 100 %	200 %
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (1)(2)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(2)	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
Piles	60 %	40 %		100 %
(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.				
(2) 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 sur les années antérieures.				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 300 %	400 %
Frais de séjour secteur non conventionné	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 300 %	400 %
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %

Garantie dite "responsable"

<u>Régime général</u>	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
HOSPITALISATION (suite)				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) secteur non conventionné		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (3)			4 % du PMSS/Nuit	4 % du PMSS/Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (4)			4 % du PMSS/Jour	4 % du PMSS/Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 15 ans			2 % du PMSS/Jour	2 % du PMSS/Jour
<i>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</i>				
<i>- cures médicales en établissements de personnes âgées,</i>				
<i>- ateliers thérapeutiques,</i>				
<i>- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,</i>				
<i>- centres de rééducation professionnelle</i>				
<i>- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.</i>				
<i>(3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</i>				
<i>(4) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</i>				
<i>Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</i>				
MATERNITE				
Frais de maternité (5)			10 % du PMSS	10 % du PMSS
<i>(5) Prise en charge des dépassements d'honoraires et de la chambre particulière pour une naissance ou une adoption d'un enfant de moins de 12 ans, sur présentation de justificatifs</i>				
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (1)(6)(7)				
- Monture				100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
Equipement à tarif libre (1)(6)(7)(8)				
- Monture	60 %	85 €		60 % + 85 €
- Par verre dans le réseau KALIXIA (9)				
- Simple	60 %	95 €		60 % + 95 €
- Complexé	60 %	140 €		60 % + 140 €
- Très complexe	60 %	155 €		60 % + 155 €
- Par verre hors réseau				
- Simple	60 %	80 €		60 % + 80 €
- Complexé	60 %	110 €		60 % + 110 €
- Très complexe	60 %	115 €		60 % + 115 €
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		100 %
Verres avec filtre	60 %	40 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		100 %
Lentilles	0 % ou 60 %	0 % ou 40 % + 130 €/An		0 % ou 100 % + 130 €/An

Garantie dite "responsable"

<u>Régime général</u>	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
OPTIQUE (suite)		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			12 % du PMSS/Oeil	12 % du PMSS/Oeil

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

(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 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 égale 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) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.

DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %		100 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (10)				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Inlay-Core	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Inlay-core	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Prothèses transitoires	70 %	30 %	+ 25 %	125 %
- Inlay onlay	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Prothèses amovibles	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (11)			500 €/An	500 €/An
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 150 %	250 %
Orthodontie refusée par le régime obligatoire			250 %	250 %
Implantologie (12)			500 €/An	500 €/An

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),

- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.

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

(11) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.

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

Garantie dite "responsable"

<u>Régime général</u>	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
MEDECINES COMPLEMENTAIRES		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Etiopathie et Acupuncture (12)(13)(14)			30 €/Séance	30 €/Séance
Homéopathie (12)(13)(14)			30 €/Séance	30 €/Séance
(12) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
(13) Limité à 6 séances par année civile et par bénéficiaire.				
(14) 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°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.				
CONTRACEPTION FEMININE				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste)			100 €/An	100 €/An
PREVENTION				
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (15)			100 €/An	100 €/An
(15) Prise en charge des substituts nicotiniques (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°FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.				
HARMONIE SANTE SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

* 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.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3377 € au 01/01/2019)