

GARANTIES REGIME GENERAL 2020 100% SANTE - CCN Production agricole Champagne Ardennes

Prestations en vigueur au 01/01/2024

OPTION

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

Verres avec filtre Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques) Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	60% 60% 60% ou 0%	Frais réels Frais réels 100 % BR ou 0 % BR + 300 € / an / bénéficiaire
Soins		
Soins Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (10) Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (10) - Prothèses fixes (11) - Inlay-Core - Prothèses transitoires (11) - Inlay onlay - Prothèses amovibles (11) Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres - Prothèses fixes (11) - Inlay-Core - Prothèses transitoires (11) - Inlay onlay 60% - Prothèses amovibles (11) Prothèses dentaires non remboursables par le régime obligatoire (12) Orthodontie acceptée par le régime obligatoire Orthodontie refusée par le régime obligatoire	60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% 60% ou 100 %	200% BR 100 % santé 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire 200% 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire 200% 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire 200% 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire 200% 220 % BR + 300 € / an / bénéficiaire 400 €/an/bénéficiaire 300% 400 €/an/bénéficiaire
Assistance		
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie (13) Vie sans tabac - Sevrage tabagique (14) Assistance	- 	30 € / séance limité à 3 séances par an 50 € / an / bénéficiaire 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 :
ol. e 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 l'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 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.

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, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgences).

- 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