



IBAMEO

confort

À VOS CÔTÉS
À TOUT ÂGE

À PARTIR DE
45,27 €*
PAR MOIS

Assure les remboursements de prestations
médicales et médico-sociales.

Contrat solidaire et responsable conformément à la loi.

*Tarif en vigueur au 1^{er} janvier 2021

*Une gamme de prestations complète
pour une protection performante.*



DES PRESTATIONS médico-sociales

- Aide à l'autonomie
- Enfance handicapée
- Aide à domicile



UN ACCÈS AU RÉSEAU de soins Santclair

- Baisse de votre reste à charge
- Professionnel proche de chez vous



DES SERVICES novateurs

- Accès au Service Assistance Santé :
aidants familiaux,
transport aux rdv médicaux,
service de proximité, ...
- Téléconsultation
- Service de second avis
médical Best Doctors

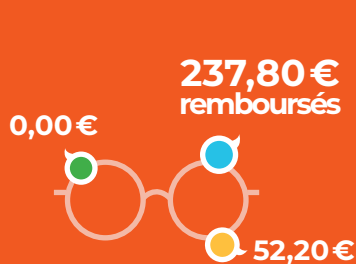


Rendez-vous sur
www.ibaseo.fr



DE COMBIEN SUIS-JE REMBOURSÉ EN 2021 ?

● IBAMEO confort ● Sécurité sociale ● Reste à charge



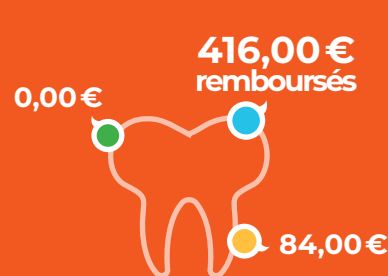
FRAIS ENGAGÉS : 290€

**EQUIPEMENT OPTIQUE
100% SANTÉ**



FRAIS ENGAGÉS : 50€

**CONSULTATION
SPÉCIALISTE HORS DPTAM⁽¹⁾**



FRAIS ENGAGÉS : 500€

**PROTHÈSE DENTAIRE
(COURONNE) 100% SANTÉ**

Valeurs hors franchise / Valeurs correspondant aux actes réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Pour les actes hors parcours de soins, le reste à charge peut être supérieur. / Les participations forfaitaires et les franchises imposées par la loi ne peuvent pas être remboursées par un contrat responsable.

(1) Au 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins à été remplacé par un dispositif plus attractif, le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée - DPTAM.



FONCTIONNEMENT DE L'OFFRE

Coût mensuel de la cotisation

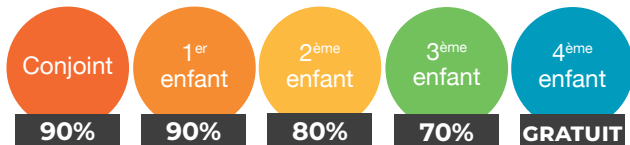
Le coût de la cotisation par mois et par adhérent est de :



Au changement de tranche d'âge, la cotisation s'applique au 1^{er} du mois suivant la date anniversaire.

Tarif dégressif pour mon conjoint et/ou mes enfants

Le montant de la cotisation est un pourcentage de la cotisation de leur tranche d'âge :



Seuls les enfants de moins de 25 ans sont concernés.

Inscription à l'offre IBAMEO confort

Remplir le bulletin d'adhésion **papier**

en le demandant par ou en le sur www.ibaseo.fr

Ou souscrire **en ligne** directement sur notre site internet

www.ibaseo.fr



LES POINTS FORTS

- + Prise en charge des dépassements d'honoraires
- + Remboursement de certains actes non pris en charge par le Régime Obligatoire
- + Reste à charge ZERO sur les équipements 100% santé
- + Soins de prévention
- + Inscription sans limite d'âge
- + Tarif dégressif pour les conjoints et les enfants
- + Pas de droit d'entrée
- + Offres partenaires : Macif avantages et Mutlog (assurance emprunteur)
- + Événements de prévention
- + Aide financière à titre exceptionnelle (sur dossier)



ESPACE ADHÉRENT

Dès votre adhésion, la Mutuelle IBAMEO met à votre disposition sur son site internet un espace adhérent dédié où vous pourrez :

- Consulter vos remboursements
- Gérer votre contrat
- Accéder aux e-services
- Envoyer vos justificatifs
- Et bien plus encore ...

Seul le règlement mutualiste de l'offre fait foi.

Pour plus de détails sur l'application de nos offres, se référer aux conditions particulières de l'offre.

REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MÉDICALES INCLUANT LE RO - 1^{er} janvier 2021

La plupart des montants sont exprimés en % de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire (BRRO).

LES PRESTATIONS SANTÉ

HOSPITALISATION		
Honoraires	DPTAM	hors DPTAM
Consultations et actes honoraires médicaux	200% BRRO	180% BRRO
Consultations et actes honoraires chirurgie	220% BRRO	180% BRRO
Frais de séjour	100% BRRO	
Forfait journalier hospitalier	100% FR	
Forfait journalier en Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé et Institut Médico-Éducatif	Aucune prise en charge	
Forfait ambulatoire pour les établissements de santé	20 € / jour	
Chambre particulière - Le plafond annuel s'applique aux adhérents ayant moins de 24 mois d'ancienneté à la Mutuelle même dans le cas d'un changement d'offre. Plafond annuel global pour la chambre particulière : <ul style="list-style-type: none"> - 10 jours dans les 12 premiers mois d'adhésion à la Mutuelle ; - 20 jours pour les 12 mois suivants ; - Plus de plafond après 24 mois d'adhésion à la Mutuelle (y compris en cas de changement d'offre). 		
Séjour hospitalier	60 € / jour	
Maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle	60 € / jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux	DPTAM	hors DPTAM
Consultations et visites de médecins généralistes	165% BRRO	145% BRRO
Consultations et visites de médecins spécialistes	190% BRRO	170% BRRO
Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	170% BRRO	145% BRRO
Actes de radiologie et d'imagerie médicale	140% BRRO	120% BRRO
Actes d'échographie	140% BRRO	120% BRRO
Honoraires paramédicaux	110% BRRO	
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Transport remboursé par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Analyses et examens de laboratoire	100% BRRO	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	
Médicaments	100% BRRO	
Médicaments à Service Médical Rendu majeur et modéré remboursés par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Matériel médical		
Prothèses mammaires	280% BRRO	
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapé physique)	200% BRRO	
Pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages	160% BRRO	

REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MÉDICALES INCLUANT LE RO - 1^{er} janvier 2021
AIDES AUDITIVES

Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil / oreille tous les 4 ans (classe I ou II) à compter du dernier remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO).
Le remboursement de la Mutuelle et du Régime Obligatoire (RO) est limité à 1 700 € par oreille appareillée

Équipement « 100% Santé » <i>Équipement de classe I à compter du 01/01/2021</i>	100% du Prix Limite de Vente
Prothèse auditive : Tous les équipements jusqu'au 31/12/2020 - Équipements de classe II « hors 100% Santé » à compter du 01/01/2021.	
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	600 € par oreille appareillée
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité(*) (*) quel que soit leur âge	100% BRRO
Autres prestations liées aux aides auditives (entretien et accessoires)	100% BRRO
Actes réalisés par des audioprothésistes	110% BRRO

OPTIQUE

Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire (RO), ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception.

Équipement « 100% Santé » <i>Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres</i>	100% du Prix Limite de Vente
Équipement hors « 100% Santé » Monture :	75 €
Verres :	
Par verre simple	60 € / verre
Par verre complexe	130 € / verre
Par verre hyper complexe	130 € / verre
Adaptation verres de classe B	100% BRRO
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)	
Remboursées par le Régime Obligatoire (RO) (min Ticket Modérateur)	123,69 € / lentille
Non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	100 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	150 € / œil

DENTAIRE

Le plafond annuel s'applique aux adhérents ayant moins de 24 mois d'ancienneté à la Mutuelle même dans le cas d'un changement d'offre.

Plafond annuel au titre des lignes « soins et prothèses dentaires « 100% Santé », prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) « hors 100% Santé », prothèses définitives non remboursées par le Régime Obligatoire (RO) « hors 100% Santé », scanner dentaire, pose d'implant et couronne sur implant » selon le découpage suivant :

- plafond de 1 000 € dans les 12 premiers mois d'adhésion à la Mutuelle ;
- plafond de 1 500 € pour les 12 mois suivants ;
- plus de plafond après 24 mois d'adhésion à la Mutuelle (y compris en cas de changement d'offre).

Dans les cas a) et b) ci-dessus, lorsque le plafond est atteint

- les remboursements hors 100% Santé sont limités au Ticket Modérateur ;
- les remboursements des soins et prothèses dentaires du 100% Santé sont maintenus à 100% dans la limite des Honoraires limites de facturation du 100% Santé moins le remboursement du Régime Obligatoire (RO).

Soins et prothèses dentaires « 100% Santé »	100% du Prix Limite de Vente
Soins Hors « 100% Santé » Actes et soins dentaires Parodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO) Soins Inlays-Onlays Actes de chirurgie dentaire en « DC »	130% BRRO 130% BRRO 160% BRRO 130% BRRO
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hors « 100% Santé » Prothèses fixes et amovibles Couronne sur implant Inlays-Core	350% BRRO 210% BRRO 190% BRRO
Autres prestations dentaires Implantologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) - Pose d'implant Implantologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) - Scanner dentaire Parodontologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	300 € / implant 50 € / acte 80 € / an / bénéficiaire
Orthodontie Remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	350% BRRO

AUTRES GARANTIES

Cures remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Cures	100% BRRO
Prestations médicales diverses non remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie - Pédicurie - Ergothérapie Psychomotricité	125 € / an / bénéficiaire avec une limite de 30 € / séance
Prévention et examen Contraception masculine et féminine Substitut nicotinique Ostéodensitométrie osseuse sur prescription médicale Scellement des sillons Amniocentèse Rebasage	Forfait global de 100 € / an <i>Au-delà du forfait annuel, pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, les actes de prévention seront pris en charge au Ticket Modérateur</i>
Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire (RO)	30 € par an et par bénéficiaire

LES PRESTATIONS MEDICO-SOCIALES

PRESTATIONS MEDICO-SOCIALES

Pour toutes les prestations médico-sociales, un délai de carence de 36 mois s'applique pour les personnes (membres participants, ayants-droit) qui adhèrent à la Mutuelle au-delà de leur 71^{ème} anniversaire.

ENFANCE HANDICAPEE

Indemnité annuelle versée
Participation annuelle à rente survie ou épargne handicap

Equivalent AAH mensuelle de base jusqu'à 20 ans
200 € (jusqu'à 20 ans)

AIDE A DOMICILE()**

Aide à domicile à la suite d'une grossesse, d'un acte technique médical, d'une hospitalisation pris(e) en charge par la Sécurité sociale

100 heures / année civile
5 € / heure plafonné à 50% du reste à charge

AIDE COMPLEMENTAIRE A L'AUTONOMIE()**

Taux invalidité > ou = 80%
GIR 3 ou 4
GIR 1 ou 2

250 € / mois (limité à 18 mois consécutifs ou non)
350 € / mois (limité à 18 mois consécutifs ou non)
500 € / mois (limité à 18 mois consécutifs ou non)

() Les prestations « aide à domicile » et « aide complémentaire à l'autonomie » ne sont en aucune manière cumulatives pour une même personne et une même période donnée. La Mutuelle ne fait pas de prise en charge directe avec les prestataires de services.**

RO : Régime Obligatoire de Sécurité sociale dont dépend l'assuré, qu'il s'agisse de remboursements effectués au titre de l'assurance maladie, de la maternité ou du régime Accidents du travail / Maladies professionnelles.

BRRO : Base de Remboursement du Régime Obligatoire (montant fixé par le régime obligatoire servant de base au calcul de remboursement des frais médicaux). En secteur non conventionné, la BRRO correspond au Tarif d'Autorité (TA).

DPTAM : Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) regroupe les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés, comme le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO).

100% Santé : Réforme qui permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiology. Ces offres sont obligatoires dans un contrat « responsable » et sont définies par la réglementation. La Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV) ou des Honoraires Limites de Facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire. Avant l'entrée en vigueur progressive des mesures de cette réforme, la prise en charge s'effectue à hauteur des prestations Hors « 100% Santé ».

FR : Frais réels ou Dépenses réellement engagées par le bénéficiaire.

TM : Ticket Modérateur - partie restant à charge de l'assuré après participation de la Sécurité sociale pour atteindre 100% de la base RO.

AAH : Allocation Adulte Handicapé.

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins instauré par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Seul le règlement mutualiste de l'offre fait foi.

Pour plus de détails sur l'application de nos offres, se référer aux conditions particulières de l'offre.



**N'hésitez pas à nous contacter pour échanger
sur les solutions que nous pouvons vous apporter !**

À bientôt chez IBAMEO !

Nous contacter

Téléphone : **09 69 39 98 00** appel non surtaxé
ou **0 800 000 700** appel et service gratuit (9H - 17H30)

Adhérer en ligne sur : **www.ibameo.fr**