



REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MÉDICALES INCLUANT LE RO - 1^{er} janvier 2020

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

SURCOMPLÉMENTAIRE

HOSPITALISATION

Honoraires Honoraires chirurgie, anesthésie, accouchement	50% BRRO
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 et le forfait accompagnant : - 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).	35 € / jour

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux Consultations et visites de médecins généralistes Consultations et visites de médecins spécialistes Actes techniques médicaux, actes d'obstétriques, actes d'anesthésie, actes de chirurgie Actes de radiologie et d'imagerie médicale Actes d'échographie	50% BRRO 50% BRRO 30% BRRO 30% BRRO 30% BRRO
Honoraires paramédicaux	40% BRRO
Analyses et examens de laboratoire	40% BRRO
Matériel médical Prothèses mammaires Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapé physique) Pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages	65% BRRO

AIDES AUDITIVES

Prothèse auditive	65% BRRO
--------------------------	----------

OPTIQUE	
Montures / verres / lentilles remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	100 € / an
Lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	50 € / an
DENTAIRE	
Plafond annuel au titre de la ligne prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) :	
a) plafond de 1 000 € dans les 12 premiers mois d'adhésion à la Mutuelle ; b) plafond de 1 500 € pour les 12 mois suivants ; c) plus de plafond après 24 mois d'adhésion à la Mutuelle (y compris en cas de changement d'offre).	
Soins dentaires Actes et soins dentaires Parodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO) Soins Inlays-Onlays Actes de chirurgie dentaire en « DC »	100% BRRO 100% BRRO 30% BRRO 100% BRRO
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Prothèses fixes Prothèses amovibles Inlays-Core	200% BRRO 200% BRRO 100% BRRO
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO
AUTRES GARANTIES	
Prévention et examen Contraception masculine et féminine	80 € / an
Scellement des sillons	10 € / unité

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 audiologie. 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.