

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).

LES PRESTATIONS SANTÉ

HOSPITALISATION		
Honoraires	DPTAM	hors DPTAM
Consultations et actes honoraires médicaux Consultations et actes honoraires chirurgie	280% BRRO 300% BRRO	200% BRRO 200% 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 et le forfait accompagnant : <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	75 € / jour	
Maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle	55 € / jour	
Forfait accompagnant	46 € / jour	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux	DPTAM	hors DPTAM
Consultations et visites de médecins généralistes	190% BRRO	170% BRRO
Consultations et visites de médecins spécialistes	245% BRRO	200% BRRO
Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	190% BRRO	170% BRRO
Actes de radiologie et d'imagerie médicale	140% BRRO	120% BRRO
Actes d'échographie	165% BRRO	145% 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	110% BRRO	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels	
Médicaments		
Médicaments à Service Médical Rendu majeur et modéré remboursés par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Médicaments à Service Médical Rendu faible remboursés par le Régime Obligatoire (RO)	30% BRRO	
Matériel médical		
Prothèses mammaires	450% BRRO	
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapé physique)	300% BRRO	
Pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages	260% BRRO	

REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS MÉDICALES INCLUANT LE RO - 1^{er} janvier 2020
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	100% BRRO
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité(*) (*) quel que soit leur âge	100% BRRO
Autres prestations liées aux aides auditives (<i>entretien et accessoires</i>)	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 et 2 verres :	
Équipement muni de verres simples	50 €
Équipement muni de verres complexes	200 €
Équipement muni de verres hyper complexes	200 €
Adaptation verres de classe B	100% BRRO
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)	
Remboursées par le Régime Obligatoire (RO) (min Ticket Modérateur)	100% BRRO

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 » et couronne sur implant » selon le découpage suivant :

- plafond de 1 400 € dans les 12 premiers mois d'adhésion à la Mutuelle ;
- plafond de 1 800 € 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	100% BRRO
Parodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO
Soins Inlays-Onlays	100% BRRO
Actes de chirurgie dentaire en « DC »	100% BRRO
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hors « 100% Santé »	
Prothèses fixes et amovibles	100% BRRO
Couronne sur implant	100% BRRO
Inlays-Core	100% BRRO
Orthodontie	
Remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO

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

AUTRES GARANTIES	
Cures et hébergement remboursés par le Régime Obligatoire (RO) Cures remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hébergement remboursé par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO 100 € / an ⁽¹⁾
Prestations médicales diverses non remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie - Pédicurie - Ergothérapie - Kinésithérapie Mézières - Sophrologie Psychomotricité - forfait / an / bénéficiaire	160 € / an / bénéficiaire avec une limite de 40 € par séance 20 € / séance - max. 10 séances
Prévention et examen Contraception masculine et féminine Substitut nicotinique Ostéodensitométrie osseuse sur prescription médicale Scellement des sillons Amniocentèse Rebasage Test dépistage trisomie 21	Forfait global de 150 € / an / bénéficiaire Au-delà du forfait annuel, pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, les actes de prévention seront pris en charge au Ticket Modérateur
Procréation médicalement assistée non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	216 € / acte
IVG non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	53,35 € / acte
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 Frais de séjour	Equivalent 1,5 AAH mensuelle de base jusqu'à 20 ans 600 € (jusqu'à 20 ans) 50% de la dépense limitée à 14 € / jour
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	200 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	350 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non) 450 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non) 650 € / mois (limité à 36 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 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.