



## LES PRESTATIONS SANTÉ

		<b>MUTUELLE</b> (y compris Régime Obligatoire)	
<b>HOSPITALISATION</b>			
<b>Honoraires</b>		Praticien adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	Praticien non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (hors DPTAM)
Consultations et actes honoraires médicaux		280% BRRO	200% BRRO
Consultations et actes honoraires chirurgicaux		300% BRRO	200% BRRO
<b>Frais de séjour</b>		100% BRRO	
<b>Forfait journalier hospitalier<sup>(1)</sup></b>		100% FR <sup>(11)</sup>	
<b>Forfait journalier en Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé et Institut Médico-Éducatif<sup>(1)</sup></b>		Aucune prise en charge	
<b>Forfait ambulatoire pour les établissements de santé<sup>(2)</sup></b>		20 € / jour	
<b>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.</b>			
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) sauf pour le séjour hospitalier en psychiatrie – 30 jours / an / bénéficiaire la troisième année et les années suivantes.			
Séjour hospitalier		75 € / jour <sup>(11)</sup>	
Maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle		55 € / jour <sup>(11)</sup>	
Forfait accompagnant		46 € / jour <sup>(11)</sup>	
<b>Participation forfaitaire (actes lourds)</b>		Frais réels <sup>(11)</sup>	
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux</b>		Praticien adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	Praticien non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (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
<b>Honoraires paramédicaux</b>		110% BRRO	
<b>Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le Régime Obligatoire (RO)</b>		100% BRRO	
<b>Transport remboursé par le Régime Obligatoire (RO)</b>		100% BRRO	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>		110% BRRO	
<b>Participation forfaitaire (actes lourds)</b>		Frais réels <sup>(11)</sup>	
<b>Médicaments</b>			
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	
<b>Matériel médical</b>			
Prothèses mammaires		450% BRRO	
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapés physiques)		300% BRRO	
Pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages		260% BRRO	



<b>MUTUELLE</b> (y compris Régime Obligatoire)	
<b>AIDES AUDITIVES<sup>(3)</sup></b>	
<b>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<sup>(3)</sup></b>	
<b>Équipement « 100% Santé » Équipement de classe I</b>	<b>100% du Prix Limite de Vente</b>
<b>Prothèse auditive : Equipements de classe II « hors 100% Santé »</b>	
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	950 € par oreille appareillée <sup>(17)</sup>
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité(*) (*) quel que soit leur âge	100% BRRO
<b>Autres prestations liées aux aides auditives (entretien et accessoires)</b>	100% BRRO
<b>Actes réalisés par des audioprothésistes</b>	110% BRRO
<b>OPTIQUE</b>	
<b>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 exceptions.<sup>(4)</sup></b>	
<b>Équipement « 100% Santé »</b> Monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres	<b>100% du Prix Limite de Vente</b>
<b>Équipement hors « 100% Santé »</b>	
Monture :	100 € <sup>(12)</sup>
Verres <sup>(5)</sup> :	
Par verre simple	100 € / verre <sup>(12)</sup>
Par verre complexe	200 € / verre <sup>(12)</sup>
Par verre hyper complexe	300 € / verre <sup>(12)</sup>
Adaptation verres de classe B	100% BRRO
<b>Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)</b>	
Remboursées par le Régime Obligatoire (RO) (min Ticket Modérateur)	324 € / an <sup>(12)</sup>
Non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	324 € / an / bénéficiaire <sup>(17)</sup>
<b>Chirurgie réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)</b>	450 € / œil <sup>(12)</sup>
<b>Implants multifocaux</b>	450 € / œil <sup>(12)</sup>
<b>Forfait assistance vision (loupe)<sup>(6)</sup></b>	50 € <sup>(12)</sup>


**MUTUELLE** (y compris Régime Obligatoire)

**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 :

- a) plafond de 1 400 € dans les 12 premiers mois d'adhésion à la Mutuelle ;
- b) plafond de 1 800 € 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).

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).

<b>Soins et prothèses dentaires « 100% Santé »</b>	<b>100% du Prix Limite de Vente</b>
<b>Soins Hors « 100% Santé »</b>	
Actes et soins dentaires	130% BRRO
Parodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	150% BRRO
Soins Inlays-Onlays	220% BRRO
Actes de chirurgie dentaire	150% BRRO
<b>Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hors « 100% Santé »</b>	
Prothèses fixes et amovibles	430% BRRO
Couronne sur implant	430% BRRO
Inlays-Core	240% BRRO
<b>Prothèses définitives non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)</b>	
Prothèses Fixes	258 € / dent <sup>(12)</sup>
Prothèses Amovibles	52 € / dent <sup>(12)</sup>
<b>Autres prestations dentaires</b>	
Implantologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) - Pose d'implant	400 € / implant <sup>(12)</sup>
Implantologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) - Scanner dentaire	70 € / acte <sup>(12)</sup>
Parodontologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	175 € / an / bénéficiaire <sup>(12)</sup>
<b>Orthodontie</b>	
Remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	370% BRRO
Non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) : soins débutés avant le 20 <sup>ème</sup> anniversaire remboursés pendant 6 semestres maximum	520 € / semestre <sup>(12)</sup>



	<b>MUTUELLE</b> (y compris Régime Obligatoire)
<b>AUTRES GARANTIES</b>	
<b>Cures et hébergement remboursés par le Régime Obligatoire (RO)</b> Cures remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hébergement remboursé par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO 100 € / an <sup>(12)</sup>
<b>Prestations médicales diverses non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)</b> Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie - Pédicurie - Ergothérapie - Kinésithérapie Mézières – Sophrologie Psychomotricité - forfait / an / bénéficiaire	160 € / an / bénéficiaire avec une limite de 40 € par séance <sup>(12)</sup> 20 € / séance - max. 10 séances <sup>(13)</sup>
<b>Prévention et examen<sup>(12)</sup></b> Contraception masculine et féminine <sup>(14)</sup> Substitut nicotinique Ostéodensitométrie osseuse sur prescription médicale Scellement des sillons Amniocentèse Rebasage Test dépistage trisomie 21	Forfait global de 150 € / an / bénéficiaire <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>
<b>Procréation médicalement assistée non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)</b>	216 € / acte <sup>(12)</sup>
<b>IVG non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)</b>	53,35 € / acte <sup>(12)</sup>
<b>Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire (RO)</b>	30 € par an et par bénéficiaire <sup>(12)</sup>

## 7.2 Les prestations médico-sociales

### LES PRESTATIONS MÉDICO-SOCIALES

#### PRESTATIONS MÉDICO-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<sup>ème</sup> anniversaire.**

<b>ENFANCE HANDICAPÉE<sup>(18)</sup></b> Indemnité annuelle versée Participation annuelle à rente survie ou épargne handicap Frais de séjour	Équivalent 1,5 AAH mensuelle de base jusqu'à 20 ans <sup>(7)</sup> 600 € (jusqu'à 20 ans) <sup>(15)</sup> 50% de la dépense limitée à 14 € / jour <sup>(19)</sup>
<b>AIDE À DOMICILE<sup>(**)</sup></b> 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 <sup>(8)</sup>
<b>AIDE COMPLÉMENTAIRE À L'AUTONOMIE<sup>(**)</sup><sup>(9)</sup></b> Taux invalidité > ou = 80% GIR 3 ou 4 GIR 1 ou 2	350 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non) <sup>(10)(16)</sup> 450 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non) <sup>(10)(16)</sup> 650 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non) <sup>(10)(16)</sup>

**(\*\*) 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.**