

GARANTIES MUTUALIA SANTE - 2018

Santé 150 + Renfort Douceur

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
SOINS COURANTS		
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes signataires OPTAM, sage-femmes (conventionnées ou non)	70%	150%
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes non signataires OPTAM, sages femmes (conventionnées ou non)	70%	130%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60%	150%
Actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie - signataires OPTAM	70%	150%
Actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie - non signataires OPTAM	70%	130%
Actes de biologie : analyses, prélèvements, examens de laboratoire	60%	150%
Actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie - actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) - signataires OPTAM	70%	150%
Actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie - actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) non signataires OPTAM	70%	130%
PHARMACIE	15% à 100%	100%
HOSPITALISATION		
Honoraires (actes cliniques et techniques) signataires OPTAM	80% à 100%	150%
Honoraires (actes cliniques et techniques) non signataires OPTAM	80% à 100%	130%
Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétrique - actes d'anesthésie - signataires OPTAM	80% à 100%	150%
Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétrique - actes d'anesthésie - non signataires OPTAM	80% à 100%	130%
Frais de séjour	80% à 100%	150%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Chambre particulière avec hébergement (2)	-	50 € / jour
Forfait accompagnant de l'enfant de moins de 18 ans (3)	-	25 € / jour
Forfait confort à l'hôpital (3)	-	5 € / jour
OPTIQUE (4)		
FORFAIT SUR 2 ANS / BENEFICIAIRE		
Verres simples + monture	60%	200€ dont 90 € max monture
Verres mixtes + monture	60%	250€ dont 90 € max monture
Verres complexes + monture	60%	300€ dont 90 € max monture
ADULTES - FORFAIT / AN / BENEFICIAIRE		
Lentilles prises en charge par le RO	60%	100% + 200 €
Lentilles correctrices non prises en charge par le RO (y compris lentilles jetables)	-	200 €
Chirurgie réfractive de l'oeil	-	200 € / oeil
ENFANTS - FORFAIT / AN / BENEFICIAIRE		
Lentilles prises en charge par le RO	60%	100% + 100 €
Lentilles correctrices non prises en charge par le RO (y compris lentilles jetables)	-	100 €
Chirurgie réfractive de l'oeil	-	200 € / oeil
DENTAIRE		
Frais de soins et actes (y compris Inlay / Onlay)	70%	150%
Prothèses prises en charge par le RO (y compris Inlay Core)	70%	250%
Orthodontie prise en charge par le RO	100%	250%
Orthodontie non prise en charge par le RO, Forfait IPP (Implantologie, Parodontologie, Prophylaxie bucco-dentaire) prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO et soins non pris en charge par le RO (5)	-	200 € + 50€ / an
APPAREILLAGE		
Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages, prothèses, orthèses	60%	200%
Prothèses auditives	60%	200% + 50 €
FRAIS DE TRANSPORT	65%	100%
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO	65% à 70%	150%
BIEN-ETRE ET PREVENTION		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%
Forfaits Bien-Être et Prévention (6)	-	optionnels
Mutualia Assistance (voir détails des prestations dans la notice Mutualia Assistance)	-	Oui

OPTAM: Option pratique tarifaire maîtrisée. Les garanties non OPTAM sont inférieures d'au moins 20% aux garanties OPTAM/ RO : Régime Obligatoire / TM : Ticket modérateur / BR : Base de Remboursement.

Sauf précision contraire, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué.

Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire.

(1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Durée illimitée. Pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SRR), les établissements psychiatriques, les unités et centres de soins de longue durée visés à l'art. L. 174-5 du Code de la Sécurité sociale et tous les établissements de santé non-conventionnés, la prise en charge est limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire. La prise en charge est limitée à 120 jours pour les établissements SSR spécialisés en rééducation physique, déduction faite des 60 premiers jours du séjour. Quelle que soit la catégorie d'établissement, la nature et la durée du séjour, la prise en charge de la chambre particulière par année civile et par bénéficiaire est plafonnée à un montant égal à 2 fois le PMSS en vigueur.

(3) Limité à 60 jours par an.

(4) Conditions et modalités d'utilisation de la garantie précisées aux articles 17 du Règlement mutualiste.

(5) Le montant de 50€ du renfort optionnel ne peut venir qu'en complément du remboursement de la garantie de base concernant les soins, prothèses et implants non pris en charge par le Régime Obligatoire

(6) Forfait annuel global à utiliser librement sur les consultations de médecine douce et autres prestations.