

GARANTIES MUTUALIA SANTE AGENT TERRITORIAL - 2018

AT150

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire Alsace-Moselle	Régime obligatoire + Mutualia
SOINS COURANTS			
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes signataires OPTAM, sages-femmes (conventionnés ou non)	70%	90%	150%
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes non signataires OPTAM (conventionnés ou non)	70%	90%	130%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60%	90%	150%
Actes de biologie médicale : analyses, prélèvements, examens de laboratoire	60%	90%	150%
Actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie (hors milieu hospitalier) signataires OPTAM	70%	90%	150%
Actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie (hors milieu hospitalier) non signataires OPTAM	70%	90%	130%
Actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie - actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) - signataires OPTAM	70%	90%	150%
Actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie - actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) non signataires OPTAM	70%	90%	130%
PHARMACIE	15% à 100%	15% à 100%	100%
HOSPITALISATION			
Honoraires : actes cliniques et techniques - signataires OPTAM/OPTAM CO	80% à 100%	100%	150%
Honoraires : actes cliniques et techniques - non signataires OPTAM/OPTAM CO	80% à 100%	100%	130%
Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétrique - actes d'anesthésie - signataires OPTAM/OPTAM CO	80% à 100%	80% à 100%	150%
Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétrique - actes d'anesthésie - non signataires OPTAM/OPTAM CO	80% à 100%	80% à 100%	130%
Frais de séjour	80% à 100%	100%	150%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	100%	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			
LUNETTES REMBOURSEES TOUS LES 2 ANS, sauf enfant de -18 ans et changement de dioptrie, le forfait est annuel (4)			
2 verres simples (dont monture)	60%	90%	250€ dont 80 € max monture
2 verres mixtes : 1 simple + 1 complexe (dont monture)	60%	90%	275€ dont 80 € max monture
2 verres complexes (dont monture)	60%	90%	300€ dont 80 € max monture
FORFAIT / AN / BENEFICIAIRE			
Lentilles prises en charge par le RO	60%	90%	100% + 200 €
Lentilles non prises en charge par le RO (inclus lentilles jetables)	-	-	200 €
Chirurgie réfractive de l'oeil	-	-	200 € / oeil
OPTIQUE - ENFANTS FORFAIT / AN / BENEFICIAIRE			
Lentilles prises en charge par le RO	60%	90%	100% + 100 €
Lentilles non prises en charge par le RO (inclus lentilles jetables)	-	-	100 €
Chirurgie réfractive de l'oeil	-	-	200 € / oeil
DENTAIRE			
Frais de soins et actes (y compris Inlay / Onlay)	70%	90%	150%
Prothèses remboursées par le RO (y compris Inlay Core)	70%	90%	300%
Orthodontie prise en charge par le RO	100%	100%	300%
Orthodontie non prise en charge par la 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€ / an + 100€ / an
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages, prothèses, orthèses	60%	90%	250%
Prothèses auditives	60%	90%	250%
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES			
Frais de transport	65%	100%	100%
Cure thermale prise en charge par le RO (soin, forfait thermal, hébergement et frais de transport)	65% à 70%	65% à 90%	150%
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	90%	100%
Forfaits Bien-être et Prévention (6)	-	-	120 € / an
ASSISTANCE			Oui

PEC RO : Pris en charge par le Régime obligatoire / RO : Régime Obligatoire / TM : Ticket modérateur / OPTAM: Option pratique tarifaire maîtrisée. / 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 de familles. Soit, au 01/01/2017, 18€ par jour en hôpital ou en clinique et 13,50€ par jour en service psychiatrique d'un établissement de santé.

(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 60 jours par année civile et par bénéficiaire.