

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR VOS REMBOURSEMENTS (AU 01/01/2019)

Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général.

Sous réserve que votre garantie couvre la prestation décrite, vous trouverez ci-dessous des informations complémentaires de prise en charge en fonction des garanties choisies.

- ▶ Sauf mention contraire, les remboursements de la Mutuelle s'entendent dans la limite des Frais Réels (FR) engagés et par rapport au Tarif de Convention (TC) ou à la Base de Remboursement (BR) appliquée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au secteur conventionné.
- ▶ La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire pour certains actes médicaux lourds dont les actes médicaux, réalisés en hospitalisation et hors hospitalisation, affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60 soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.
- ▶ Toute évolution des règles de remboursement de l'AMO pourra entraîner des modifications des prestations de la Mutuelle.
- ▶ Toute minoration de remboursement de l'AMO résultant de la loi 2004-810 relative à l'Assurance Maladie (participation forfaitaire, majoration de participation...) ou de la loi de financement 2008 (franchise médicale) n'est pas prise en charge par la Mutuelle.
- ▶ Les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.
- ▶ Les soins pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés sont pris en charge sur la base du tarif d'autorité.
- ▶ Sauf mention contraire pour les forfaits ou les plafonds, il faut entendre une prise en charge par année civile et par bénéficiaire (excepté pour le poste dentaire\*).
- ▶ Depuis le 1er janvier 2017, deux options de pratiques tarifaires maîtrisées : Optam et Optam-CO (chirurgie et obstétrique) ont été mises en place à l'attention des médecins de secteur 2 (et à titre dérogatoire à certains médecins du secteur 1) afin d'encadrer les dépassements d'honoraires et permettre aux assurés d'être mieux remboursés dans le cadre des complémentaires santé "responsables". Pour savoir si le médecin pratique l'OPTAM/OPTAM-CO : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

### HOSPITALISATION

- ▶ **Les frais de télévision et de téléphone** ne sont pas pris en charge dans les garanties.
- ▶ **Chambre particulière Ambulatoire** : les suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge au titre de la chambre particulière en ambulatoire.
- ▶ **Frais d'accompagnement** : par frais d'accompagnement dans le cadre d'une hospitalisation, il faut entendre :
  - Hébergement : sur présentation d'une facture nominative acquittée.
  - Repas : sur présentation d'une facture nominative et acquittée.
  - Transport : sur présentation des justificatifs des frais engagés pour le déplacement.

Ces frais peuvent être engagés par toutes personnes accompagnant le bénéficiaire des garanties hospitalisées. Les frais d'accompagnement sont remboursés au bénéficiaire des garanties hospitalisées.

### OPTIQUE

- ▶ L'équipement ou la chirurgie font l'objet d'un remboursement sur présentation d'une ordonnance et d'une facture précisant le nom et prénom du bénéficiaire.
- ▶ Le forfait lunettes et lentilles peuvent se cumuler.
- ▶ **Forfait lunettes moins de 18 ans** = frais d'acquisition engagés pour un équipement composé de 2 verres et 1 monture par période de prise en charge de un an.
- ▶ **Forfait lunettes 18 ans et plus** = frais d'acquisition engagés pour un équipement composé de 2 verres et 1 monture pour une période de prise en charge de 2 ans. Cette période est ramenée à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.
- ▶ **Evolution de la vue** : changement de correction par rapport au dernier équipement pris en charge par l'AMO sur présentation d'un justificatif de l'ophtalmologiste ou de l'opticien.
- ▶ Pour calculer le délai de 1 an ou de 2 ans, il faut tenir compte de la date d'achat de l'équipement ou du premier élément de l'équipement si achat dissocié.
- ▶ Le niveau entre faible et forte correction est déterminé selon le code LPP du verre relevant de la nomenclature de la Sécurité sociale, comme suit :

#### MOINS DE 18 ANS

- **Verre unifocal, faible correction** : codes LPP = 2200393, 2242457, 2261874, 2270413.

- **Verre unifocal, forte correction** : codes LPP = 2206800, 2219381, 2238941, 2243304, 2243540, 2245036, 2248320, 2268385, 2273854, 2283953, 2291088, 2297441.

- **Verre multifocal ou progressif faible, forte correction** : codes LPP = 2202452, 2234239, 2238792, 2240671, 2259245, 2259660, 2264045, 2282221

#### 18 ANS ET PLUS

- **Verre unifocal, faible correction** : codes LPP = 2203240, 2226412, 2259966, 2287916

- **Verre unifocal, forte correction** : codes LPP = 2212976, 2235776, 2252668, 2254868, 2263459, 2265330, 2280660, 2282793, 2284527, 2288519, 2295896, 2299523.

- **Verre multifocal ou progressif, faible correction** : codes LPP = 2227038, 2290396, 2291183, 2299180.

- **Verre multifocal ou progressif, forte correction** : codes LPP = 2202239, 2245384, 2252042, 2295198.

- ▶ **Le forfait lentilles non remboursées** par l'AMO ne s'applique pas pour des produits facturés à l'étranger (achat direct ou internet).
- ▶ **On entend par "chirurgie réfractive"** toute intervention de chirurgie sur les yeux permettant de corriger les défauts visuels (implant et laser).

### DENTAIRE

- ▶ **Pour les actes non remboursés par l'AMO**, ces dits actes doivent être inscrits à la classification commune des actes médicaux pour être pris en charge.
- ▶ La prise en charge de l'orthodontie non remboursée par l'AMO se fait par un forfait semestriel.

\***Forfaits et plafonds dentaires** : il faut entendre une période de 12 mois consécutifs d'adhésion au contrat du bénéficiaire concerné en référence à la date d'effet de la garantie pour le bénéficiaire concerné.

Exemple : pour une adhésion au 01/04, le forfait débute au 01/04 et se termine le 31/03 de l'année suivante.

▶ **Plafond dentaire** : Le plafond dentaire s'applique aux remboursements de la Mutuelle. Une fois ce plafond atteint, le ticket modérateur reste pris en charge sur les prestations remboursées AMO.

### AUTRES PRESTATIONS

- ▶ **Prime naissance ou d'adoption** : la naissance d'un enfant au sein d'un foyer déclenche le versement d'une allocation ou prime de naissance (sous réserve d'avoir souscrit le PACK HOSPITALISATION / SOINS COURANTS, dès lors que l'inscription de l'enfant a été faite dans les 3 mois qui suivent la naissance. Il n'est versé qu'une prime par foyer et il n'est pas limité en cas de naissances multiples. La prime naissance est également versée en cas d'adoption.
- ▶ **Les actes de médecine non remboursée par l'AMO doivent satisfaire aux conditions suivantes** :
  - Ostéopathe, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute : prise en charge limitée aux actes non remboursés, à l'exception de tout dépassement d'honoraire, effectués par des médecins, auxiliaires médicaux, ou professionnels justifiant d'un diplôme dans la spécialité considérée. La facture doit préciser le numéro d'agrément l'Agence Régionale de Santé (répertoire ADEL) ou le diplôme dans la spécialité.
  - Acupuncteurs, homéopathes : prise en charge limitée aux actes non remboursés, à l'exception de tout dépassement d'honoraires effectués uniquement par des médecins.
- ▶ **Le poste pharmacie non remboursée par l'AMO** se compose d'un forfait par an et par bénéficiaire pour les médicaments prescrits non remboursés et l'automédication (médicaments non prescrits) sur présentation de la facture de la pharmacie, précisant le nom et prénom du bénéficiaire du traitement.
  - **Automédication** : le forfait automédication permet la prise en charge des médicaments allopathiques en accès libre à prescription médicale facultative, pour les allergies, les douleurs, les troubles de la sphère ORL, les troubles gastro intestinaux et les troubles oculaires.

Les médicaments concernés sont ceux figurant sur la base de données Vidal consultable sur le site : <https://www.vidal.fr/Sommaires/Medicaments-A.htm>.

▶ **Le poste Orthopédie, accessoires, appareillage, produits** couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP) sauf les aides auditives qui font l'objet de postes distincts. Se retrouvent notamment dans ce poste les prestations cotées en AAD, AAR, MAC, MAD, PAN, OPT ou VEH par l'assurance maladie obligatoire dont les cannes, les pansements, les solutions viscoélastiques, les bas de contention, l'apnée du sommeil, les prothèses mammaires, le lit médical, le fauteuil roulant ainsi que le matériel pour amblyopie.