

Mise à jour septembre 2015 suite avenant 74 de la CCN	REMBOURSEMENT RÉGIME GÉNÉRAL <small>dans le parcours de soins</small>	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
HOSPITALISATION				
Honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, techniques médicaux d'obstétrique)				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	80 ou 100 % BR	320 ou 300 % BR	400 % BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	80 ou 100 % BR	120 ou 100 % BR	200 % BR	
- Forfait journalier hospitalier illimité	---	Frais réels	Frais réels	
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	320 ou 300 % BR	400 % BR	Part de la mutuelle ramenée à 100 % BR dans les établissements non conventionnés.
- Chambre particulière par jour	---	60 €	60 €	Le forfait "chambre particulière" n'est pas limité dans le temps.
- Forfait ambulatoire	---	20 €	20 €	Suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit.
- Frais d'accompagnant par jour	---	30 €	30 €	Le forfait "frais d'accompagnant" n'est pas limité dans le temps.
MÉDECINE - PHARMACIE - SOINS COURANTS				
Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	70 % BR	150 % BR	220 % BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Actes d'imagerie : radiologie, échographie, scanner et IRM				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	70 % BR	150 % BR	220 % BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Actes de chirurgie, techniques médicaux				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	70 % BR	150 % BR	220 % BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS*	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Analyses remboursées par le RO*				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	60 % BR	150 % BR	210 % BR	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...)				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	60 % BR	150 % BR	210 % BR	
Transport remboursé par le RO*				
- Médecins ayant adhéré au CAS*	65 % BR	100 % BR	165 % BR	
Pharmacie				
- Médicaments à SMR* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à SMR* modéré	35 % BR	65 % BR	100 % BR	
- Médicaments à SMR* faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
Autres prothèses				
- Orthopédie, accessoires, appareillage remboursés par le RO*	60 ou 100 % BR	150 ou 110 % BR	210 % BR	
- Prothèses auditives	60 % BR	250 % BR	310 % BR	K KALIVIA KALIVIA : Économie moyenne de 500 € pour un double appareillage. <small>Offre d'accessibilité : une prothèse auditive à moins de 700 € (offre Prim'Audio). Dépistage et essais gratuits, kit d'entretien fourni, garantie panne 4 ans.</small>

Mise à jour septembre 2015 suite avenant 74 de la CCN	REMBOURSEMENT RÉGIME GÉNÉRAL <small>dans le parcours de soins</small>	REMBOURSEMENT MUTUELLE	REMBOURSEMENT RO* + MUTUELLE	CONDITIONS D'APPLICATION
DENTAIRE				
Soins dentaires, dont inlay onlay, remboursés RO*	70 % BR	180 % BR	250 % BR	
Parodontologie	---	200 €	200 €	Forfait par an par bénéficiaire.
Prothèses dentaires				
- Remboursée par le RO*	70 % BR	300 % BR	370 % BR	
- Non remboursée par le RO*	---	268,75 €	268,75 €	Par prothèse.
Orthodontie				
- Remboursée par le RO*	100 % BR	250 % BR	350 % BR	
- Non remboursée par le RO*	---	387 €	387 €	Par semestre (maxi 6 semestres).
Implantologie	---	450 €	450 €	Forfait par implant - Limité à 2 implants par an et par bénéficiaire.
OPTIQUE				
LUNETTES	MOINS DE 18 ANS : 2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 1 an. Pour calculer le délai de 1 an, il faut tenir compte de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement. À PARTIR DE 18 ANS : 2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 2 ans. Période ramenée à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Pour calculer le délai de 2 ans, il faut tenir compte de la date d'acquisition du premier élément de l'équipement.			
- Monture	---	120 €	120 €	Par période.
- Verre enfant (moins de 18 ans)	60 % BR	1 000 % BR	1 060 % BR	Par verre et par période.
- Verre adulte (18 ans et plus)	60 % BR	2 000 % BR	2 060 % BR	Par verre et par période.
Plafond pour 2 verres :				
2 verres simples	---	330 €	330 €	 KALIVIA : réduction de 20 % minimum sur les montures et économie moyenne de 40 % sur les verres. Offre d'accessibilité : un équipement à un tarif maîtrisé pouvant aller jusqu'au remboursement total ("offre Malin"). Remplacement en cas de casse, d'inadaptation ou de défaut.
1 verre simple + 1 verre complexe	---	470 €	470 €	
1 verre simple + 1 verre très complexe	---	520 €	520 €	
2 verres complexes	---	610 €	610 €	
1 verre complexe + 1 verre très complexe	---	660 €	660 €	
2 verres très complexes	---	710 €	710 €	
Lentilles remboursées par le RO*	60 % BR	---	60 % BR	
Forfait lentilles remboursées ou non par le RO*	---	190 €	190 €	Forfait par an et par bénéficiaire.
Traitements chirurgicaux correctifs de la vision	---	200 €	200 €	Par œil.
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE				
Actes de prévention	---	220 % BR	220 % BR	
Détartrage annuel complet	70 % BR	150 % BR	220 % BR	
Dépistage des troubles de l'audition				
- Médecins ayant adhéré au CAS	70 % BR	150 % BR	220 % BR	
- Médecins n'ayant pas adhéré au CAS	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Allocation de naissance ou d'adoption	---	300 €	300 €	Par enfant
Cures thermales acceptées : honoraires, traitement thermal, transport et hébergement	---	100 % BR	100 % BR	
CREDIT ANNUEL TOTAL par bénéficiaire pour :				
- ostéopathie, chiropractie, étiopathie, hypnothérapeute, acupuncteur, homéopathe, pédicure et podologue non remboursé par le RO*	---	130 € / an	130 € / an	Pharmacie et vaccins prescrits non remboursés par le RO* : sur présentation de la facture nominative de la pharmacie.
- pharmacie prescrite non remboursée par le RO*	---			
- vaccins non remboursés par le RO*	---			
- sevrage tabagique remboursé par le RO*	---			
DONT forfait automédication (médicaments en accès libre non prescrits)	---	20 € / an	20 € / an	Sur présentation de la facture nominative de la pharmacie.
SERVICES PLUS				
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	

* RO : régime obligatoire / BR : base de remboursement / CAS : contrat d'accès aux soins. Les pourcentages sont exprimés sur la base de remboursement du régime obligatoire. / SMR : le Service Médical. Rendu d'un médicament détermine son taux de prise en charge par le RO et la couleur des vignettes supprimées en 2014 : SMR important (vignette blanche), SMR modéré (vignette bleue), SMR faible (vignette orange).

Sauf mention contraire, la mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par le RO. Voir autres conditions et limitations dans la partie "Informations complémentaires sur vos remboursements".

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR VOS REMBOURSEMENTS (AU 01/01/2017)

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 le Régime Obligatoire (RO) au secteur conventionné.
- ▶ La mutuelle prend en charge la franchise forfaitaire sur 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 du RO pourra entraîner des modifications des prestations de la mutuelle.
- ▶ Toute minoration de remboursement du RO 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 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.

HOSPITALISATION

- ▶ Les frais de télévision et de téléphone ne sont pas pris en charge dans les garanties.
- ▶ Forfait ambulatoire : les suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge au titre du forfait ambulatoire.
- ▶ Frais d'accompagnant : par frais d'accompagnant dans le cadre d'une hospitalisation, il faut entendre :
 - Hébergement : sur présentation d'une facture nominative acquittée d'un établissement hôtelier en cas de non possibilité d'hébergement par le centre hospitalier.
 - Repas : sur présentation d'une facture nominative et acquittée d'un établissement de restauration en cas de non possibilité de restauration au sein du centre hospitalier.
 - Transport : sur présentation des justificatifs des frais engagés pour le déplacement.

Ces frais peuvent être engagés par toutes personnes désignées par l'adhérent. Les frais d'accompagnant sont remboursés à l'adhérent.

OPTIQUE

- ▶ On entend par "poste optique" toute fourniture d'optique médicale, ou intervention de chirurgie ou pose d'implants oculaires. L'équipement, l'intervention ou le traitement doit avoir fait l'objet d'une prescription médicale.
- ▶ Le forfait lunettes et le forfait lentilles peuvent se cumuler.
- ▶ **Forfait lunettes moins de 18 ans** = frais d'acquisition engagés pour un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de prise en charge de 1 an.
- ▶ **Forfait lunettes 18 ans et plus** = frais d'acquisition engagés pour un équipement composé de deux verres et d'une 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.
- ▶ Évolution de la vue : changement de correction par rapport au dernier équipement pris en charge par le RO 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 de remboursement est déterminé selon le code LPP du verre relevant de la nomenclature de la Sécurité sociale, comme suit :

MOINS DE 18 ANS

Correction	Codes LPP associés
Verre simple	2200393 – 2242457 – 2261874 – 2270413
Verre complexe	2206800 – 2219381 – 2238941 – 2243304 – 2243540 – 2245036 – 2248320 – 2268385 – 2273854 – 2283953 – 2291088 – 2297441 – 2240671 – 2259245 – 2264045 – 2282221
Verre hyper complexe	2202452 – 2234239 – 2238792 – 2259660

18 ANS ET PLUS

Correction	Codes LPP associés
Verre simple	2203240 – 2226412 – 2259966 – 2287916
Verre complexe	2212976 – 2235776 – 2252668 – 2254868 – 2263459 – 2265330 – 2280660 – 2282793 – 2284527 – 2288519 – 2295896 – 2299523 – 2227038 – 2290396 – 2291183 – 2299180
Verre hyper complexe	2202239 – 2245384 – 2252042 – 2295198

- Le forfait lentilles non remboursées RO ne s'applique pas pour des produits facturés à l'étranger (achat direct ou internet).
- On entend par "traitement chirurgical de la vision" toute intervention de chirurgie sur les yeux.

DENTAIRE

- ▶ Pour les actes non remboursés par le RO, 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 le RO se fait par un forfait semestriel, limité à 6 semestres par personne.

AUTRES PRESTATIONS

- ▶ Les visites avec déplacement non médicalement justifiées sont prises en charge dans la limite de 100% du BR.
- ▶ 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 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 doivent satisfaire aux conditions suivantes :
 - ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, pédicure, podologue, hypnothérapeute : prise en charge limitée aux actes hors nomenclature, 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 ADELI) ou le diplôme dans la spécialité.
 - acupuncteur, homéopathe : prise en charge limitée aux actes hors nomenclature, à l'exception de tout dépassement d'honoraires effectués uniquement par des médecins.
- ▶ Automédication : le forfait automédication permet la prise en charge des médicaments allopathiques en accès libre et à prescription médicale facultative, pour les allergies, les douleurs, les troubles de la sphère ORL, les troubles gastro-intestinaux et les troubles oculaires, médicaments figurant sur la liste de l'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament). Cette liste des médicaments est disponible sur demande auprès de la mutuelle.
- ▶ Le poste orthopédie, accessoires, produits couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP) sauf les prothèses auditives qui font l'objet d'un poste distinct. Se retrouvent notamment dans ce poste les prestations cotées en AAD, AAR, MAC, MAD, PAN, OPT ou VEH par le régime 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 et le matériel pour amblyopie.