

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes (1) - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens			50 € 50 €	50 € 50 €
Consultations, visites : spécialistes (1) - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens			50 € 50 €	50 € 50 €
<i>(1) Forfait par consultation</i>				
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillage et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire			800 €/An	800 €/An
HOSPITALISATION				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - Autres praticiens			100 % 100 %	100 % 100 %
Chambre particulière avec nuitée (2)(3)(4)			50 €/Nuit	50 €/Nuit
<p>Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. <p>(2) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (3) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (4) Prise en charge limitée à 30 nuits par année civile et par bénéficiaire</p>				
OPTIQUE				
Equipement à tarif libre (5)(6)(7)(8) - Monture - Par verre - Simple - Complexe - Très complexe			100 € 100 € 100 € 100 €	100 € 100 € 100 € 100 €
Lentilles acceptées par le régime obligatoire (8)			300 €/An	300 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire (8)			300 €/An	300 €/An
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire (8)(9)			300 €/An	300 €/An
<p>(5) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (6) - Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries. (7) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente. (8) Prise en charge limitée à 300 € par année civile (plafond commun). (9) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.</p>				

SN0050

Garantie dite "non responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
DENTAIRE				
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (10)				
- Prothèses fixes (11)			400 €/An	400 €/ An
- Prothèses amovibles (11)			400 €/An	400 €/ An
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes (11)			400 €/An	400 €/ An
- Prothèses amovibles (11)			400 €/An	400 €/ An
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (11)(12)			400 €/An	400 €/ An
Implantologie (2)			800 €/An	800 €/An
<p><i>Les remboursements de la mutuelle :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle. <p>(2) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</p> <p>(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.</p> <p>(11) Prise en charge limitée à 400 € par année civile et par bénéficiaire (plafond commun).</p> <p>(12) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.</p>				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie, Acupuncture, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS - neurostimulation électrique transcutanée (13)(14)			30 €/Séance	30 €/Séance
<p>(13) Prise en charge limitée à 2 séances par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.</p>				

*** CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE**

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.