Tableau des garanties

PRESTATIONS **2019**

FACIL'SANTÉ

ECO (niveau 1)

SOINS COURANTS

	Remboursements Régime Obligatoire + Mutest
Consultations - Visites - Radiographies - Actes de diagnostics et de chirurgie	
- Praticiens OPTAM/OPTAM-CO	**100 %** du TRSS
- Praticiens non OPTAM/OPTAM-CO	**100 %** du TRSS
- Praticiens non conventionnés	**100 %** du TRSS
Pharmacie	Ticket modérateur uniquement sur les médicaments à S.M.R. majeur ou important
Analyses, Soins auxiliaires médicaux, Frais de transport	**100 %** du TRSS
Chirurgie ambulatoire (ADC, ACO et ADA)	
- Praticiens OPTAM/OPTAM-CO	**100 %** du TRSS
- Praticiens non OPTAM/OPTAM-CO	**100 %** du TRSS

OPTIQUE

	Adultes	Enfants - 18 ans
Monture	**30 €**	**30 €**
Verre classique (par verre)	**35 €**	**35 €**
Verre complexe et très complexe (par verre)	**85 €**	**85 €**
Lentilles de contact (forfait/an)	**50 €**	**50 €**
Chirurgie réfractive de l'oeil	-	

DENTAIRE

Soins, actes d'endodontie, de prophylaxie, d'imagerie, de chirurgie et techniques	**100 %** du TRSS
Pour l'ensemble des traitements prothétiques ci-dessous, la participation est limitée par année civile et par bénéficiaire à :	
	-
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité Sociale	
Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires	**125 %** du TRSS
Inlays	**125 %** du TRSS
Implantologie et parodontologie remboursée ou non par la Sécurité Sociale	
Implantologie	**100 %** du TRSS
Parodontologie	**100 %** du TRSS

ORTHODONTIE

Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	**125 %** du TRSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale	-

DIVERS

Cures thermales (forfait/an)	-

PRESTATIONS SANITAIRES

Dispositifs médicaux à usage individuel	**100 %** du TRSS
Postiches (2x/an/bénéficiaire)	**100 %** du TRSS
Appareil acoustique	**100 %** du TRSS
Orthèses - Prothèses externes	**100 %** du TRSS
Véhicules pour handicapés physiques (fauteuils roulants) (1 fois tous les 5 ans)	**100 %** du TRSS

HOSPITALISATION

Régime commun	**100 %** du TRSS
Chambre particulière (hors psychiatrie)	-
Chambre particulière sans hébergement (hors psychiatrie)	-
Forfait journalier hospitalier	Remboursement intégral
Honoraires	
- Praticiens OPTAM/OPTAM-CO	**100 %** du TRSS
- Praticiens non OPTAM/OPTAM-CO	**100 %** du TRSS
Frais d'accompagnement enfants de moins de 10 ans personne âgée de plus de 65 ans	-
Hospitalisation en établissement non conventionné	OUI
Téléassistance bénéficiaire de plus de 80 ans	OUI
Hôtel hospitalier (3 fois par an)	**30 €** par nuit

ACTES DE PREVENTION

Densitométrie osseuse non remboursée par la Sécurité Sociale	-
Vaccins antigrippal	-

PREVENTION SANTE (dans la limite d'un forfait annuel de 200 €/an/bénéficiaire pour ce qui suit)

Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, naturopathie et hypnose (2 fois par an)	**50 %** des frais dans la limite de **50 €** par séance
Homéopathie et médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale [2]	**50 €** par an
Diététique (3 fois par an)	**30 €** par séance
Stop tabac	**50 €** par an
Contraception (à partir de 15 ans)	**50 €** par an
Orthèse anti-ronflement	**70 €** par an
Thérapies corporelles (3 fois par an) (micro-kinésithérapie, méthode mézières ou reconstruction posturale)	**30 €** par séance
Pédicure	1 consultation de **30 €**
Psychologue (2 fois par an)	**30 €** par séance
Radiologie, examens et analyses prescrits et non remboursés	**50 €** par an
Réflexologie, auriculothérapie, bioénergie, neurostimulation électrique transcutée et l'ergothérapie (2 fois par an)	**25 €** par séance

AUTRES PRESTATIONS

Assistance à domicile (mut'est assistance)	**OUI**
Soins à l'étranger : ambulatoires et hospitalisation [1]	**OUI**

DEPENDANCE

Autonomie Santé	**Capital de 500 €**

INDEMNITES FORFAITAIRES

Obsèques	**500 €**

RENFORTS POSSIBLES

Ces prestations se rajoutent à la garantie de base dans le respect des critères du contrat responsable.

Renfort OPTIQUE	RENFORT 1*	RENFORT 2**
Monture	+ **15 €**	+ **45 €**
Verre simple (par verre)	+ **25 €**	+ **45 €**
Verre complexe et très complexe (par verre)	+ **35 €**	+ **70 €**

* (peut s'ajouter à toutes les garanties) ** (cette option ne peut pas être associée à la garantie Extra pour le respect des plafonds du contrat responsable)

Renfort PREVENTION SANTE

+ 30 € au plafond du pack Prévention Santé (230 € à la place de 200 €)

Renfort DENTAIRE	RENFORT 1	RENFORT 2	RENFORT 3
Plafond sur prothèses dentaires	**500 €**	**750 €**	**1000 €**
Prothèses non remboursées : fixes, amovibles, réparations, inlays et provisoires	100 % du TRSS	150 % du TRSS	200 % du TRSS

Renfort OBSEQUES

Augmentation du forfait : + **1000 €**

OPTION POSSIBLE

L'indemnités Journalières Hospitalisation (IJH)

- **30 € / jour** en cas d'hospitalisation pour maladie
- **60 € / jour** en cas d'hospitalisation pour accident

A la suite d'**une hospitalisation dont l'origine est une maladie**, il est versé à l'assuré hospitalisé une allocation de 30 € par jour. Cette indemnité journalière est versée après une période minimale de 48h d'hospitalisation, pendant une durée maximale de 365 jours.
A la suite d'**une hospitalisation dont l'origine est un accident**, il est versé à l'assuré hospitalisé une allocation de 60 € par jour. Cette indemnité journalière est versée dès le premier jour d'hospitalisation, pendant une durée maximale de 365 jours.

Limite d'âge à l'adhésion : 80 ans.

Ce qu'il faut savoir

Délais de carence (contrat Santé, hors ticket modérateur et forfait hospitalier) :

- Pas de délai de carence pour les garanties ECO, CONFORT et SUPER.
- Délai de carence de 3 mois pour les garanties SUPER PLUS et EXTRA (néanmoins remboursement sur la base des prestations prévues par la garantie SUPER pendant les 3 premiers mois suivant la souscription).

Délais de carence (renforts Optique, Dentaire et Prévention Santé) :
Pas de délais de carence si le renfort est souscrit à l'adhésion ; si la souscription est ultérieure à l'adhésion, le délai de carence est de 3 mois.

Ces garanties respectent les critères du contrat «Responsable». Votre contrat bénéficie du Tiers Payant généralisé, à hauteur du tarif de responsabilité, pour les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables. En cas de refus d'un médicament générique ou de non-respect du parcours des soins coordonnés, le Tiers Payant est facultatif.

Ces taux de remboursement s'appliquent sur les tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale, sous réserve que les frais engagés aient fait l'objet d'une participation de la Sécurité Sociale.

TM : Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'assurance maladie et dans la limite du tarif de convention de la Sécurité Sociale.
TRSS : Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale = tarif de référence qui sert de base de remboursement pour chaque acte médical.
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée.
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée (Chirurgiens et Obstétriciens).

OPTIQUE : Limitation à 1 paire tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de changement de dioptrie. La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'acquisition du 1er élément de l'équipement d'optique et s'achève deux ans après. Le ticket modérateur est inclus dans le forfait et sera toujours pris en charge.

Nous vous invitons à nous adresser le devis de votre opticien afin d'obtenir un renseignement précis sur le montant de notre participation à votre prestation.

Définition des types de verres :

- Un verre dit « classique » est un verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
- Un verre dit « complexe » est un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et multifocal ou progressif.
- Un verre dit « très complexe » est un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

DENTAIRE : La Mutuelle met à votre disposition un service d'accompagnement dédié aux soins dentaires, chargé de vous assister dans vos demandes de prestations. La Mutuelle se réserve le droit de soumettre et de conditionner son remboursement à un contrôle médical et/ou administratif de toutes prestations. Pour toutes précisions complémentaires, nous vous invitons à contacter nos services.

(1) SOINS A L'ETRANGER :
Soins ambulatoires : Versement d'une prestation égale à celle servie par l'organisme de Sécurité Sociale, dans la limite des frais engagés.
Hospitalisation : Participation dans la limite des dépenses engagées et restant à la charge du membre participant et des bénéficiaires sur la base d'un montant forfaitaire, à savoir: un forfait de 150€ par journée d'hospitalisation pour les frais de séjour, un forfait de 30€ par journée d'hospitalisation pour les honoraires médicaux.

(2) Seront remboursés au titre de l'automédication, les médicaments sans ordonnance sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) et si le taux de TVA figurant sur la facture présentée est inférieur à 20%.
La contraception, les substituts nicotiniques et les honoraires de dispensation ne seront pas remboursés au titre de l'automédication ou des médicaments prescrits non remboursés.

Votre Mutuelle s'engage en faveur du 100% santé (reste à charge zéro) en audiologie, dentaire et optique. Cette réforme est progressive et aboutira à l'horizon 2021. Aussi, pour satisfaire aux conditions du contrat responsable, votre tableau contractuel de garanties évoluera avec le calendrier de déploiement du 100% santé. Pour toutes précisions complémentaires, nous vous invitons à contacter nos services.