Tableau des garanties

PRESTATIONS **2019**

Les prestations ci-après incluent le remboursement de la Sécurité Sociale.

Garantie
FACIL'SENIOR

HOSPITALISATION MÉDICALE CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Régime commun	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS
Forfait journalier	**Remboursement intégral**	**Remboursement intégral**	**Remboursement intégral**
Honoraires			
- Praticiens OPTAM/OPTAM-CO	**150 %** du TRSS	**200 %** du TRSS	**300 %** du TRSS
- Praticiens non OPTAM/OPTAM-CO	**130 %** du TRSS	**180 %** du TRSS	**200 %** du TRSS
Chambre particulière (sauf Psychiatrie) maximum 90 jours	**50 €** par jour	**70 €** par jour	**90 €** par jour
Chambre particulière sans hébergement (sauf Psychiatrie) maximum 7 jours	**25 €** par jour	**35 €** par jour	**45 €** par jour
Hôpital non conventionné	**Oui**	**Oui**	**Oui**
Téléassistance	**Oui**	**Oui**	**Oui**
Hôtel hospitalier (3 fois par an)	**30 €** par nuit	**30 €** par nuit	**30 €** par nuit

SOINS COURANTS			
Consultations - Visites - Radiographies - Actes de diagnostics et de chirurgie			
- Praticiens OPTAM/OPTAM-CO	**125 %** du TRSS	**150 %** du TRSS	**200 %** du TRSS
- Praticiens non OPTAM/OPTAM-CO	**105 %** du TRSS	**130 %** du TRSS	**170 %** du TRSS
Chirurgie ambulatoire (ADC, ACO et ADA)			
- Praticiens OPTAM/OPTAM-CO	**125 %** du TRSS	**150 %** du TRSS	**200 %** du TRSS
- Praticiens non OPTAM/OPTAM-CO	**105 %** du TRSS	**130 %** du TRSS	**170 %** du TRSS
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale			
- Service Médical Rendu Important (vignette blanche)	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS
- Service Médical Rendu Modéré / Faible (vignette bleue / orange)	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS
Analyses médicales - Auxiliaires médicaux - Frais de transport - Autres soins	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS

OPTIQUE			
Monture (1)	**35 €**	**80 €**	**110 €**
Verre classique (1) (par verre)	**45 €**	**90 €**	**160 €**
Verre complexe et très complexe (1) (par verre)	**85 €**	**155 €**	**200 €**

DENTAIRE			
Soins, actes d'endodontie, de prophylaxie, d'imagerie, de chirurgie et techniques	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS
Dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire de : + **BONUS DENTAIRE** (2)			
	500 €	**1 500 €**	**2 000 €**
Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité Sociale			
Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires	**200 %** du TRSS	**300 %** du TRSS	**400 %** du TRSS
Inlays	**200 %** du TRSS	**250 %** du TRSS	**250 %** du TRSS
Implantologie et parodontologie remboursée ou non par la Sécurité Sociale			
Implantologie	**400 €**	**1 200 €**	**1 200 €**
Parodontologie	**100 €**	**100 €**	**100 €**

PRESTATIONS SANITAIRES			
Dispositifs médicaux à usage individuel	**150 %** du TRSS	**150 %** du TRSS	**150 %** du TRSS
Orthèses et Prothèses externes	**150 %** du TRSS	**200 %** du TRSS	**250 %** du TRSS
Prothèse auditive (2 oreilles tous les 5 ans)	**100 %** du TRSS + **250 €**	**100 %** du TRSS + **500 €**	**100 %** du TRSS + **750 €**
Fauteuil roulant	**100 %** du TRSS	**150 %** du TRSS (1x tous les 5 ans)	**200 %** du TRSS (1x tous les 5 ans)

PRESTATIONS SPÉCIALES			
Cures thermales	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS + **100 €** par an	**100 %** du TRSS + **200 €** par an
Densitométrie osseuse	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS	**100 %** du TRSS
Assistance	**Oui**	**Oui**	**Oui**
Obsèques	**500 €**	**500 €**	**500 €**
Décès Accident	**750 €**	**750 €**	**750 €**
Dépendance : Autonomie Santé	**500 €**	**500 €**	**500 €**

SOINS À L'ÉTRANGER (3)	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Soins ambulatoires	Oui	Oui	Oui
Hospitalisation	Oui	Oui	Oui

PRÉVENTION SANTÉ Forfait annuel de 200 € par bénéficiaire

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 (4)	50 € par an
Diététique (3 fois par an)	30 € par séance
Orthèse anti-ronflement	70 € par an
Micro-kinésithérapie, méthode Mézières ou reconstruction posturale (3 fois par an)	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

RENFORT POSSIBLE

Renfort OBSÈQUES :

Augmentation du forfait : + 1 000 €

OPTIONS POSSIBLES

Pour toute information, reportez-vous aux Notices explicatives.

Garanties CAPITAL DÉCÈS ACCIDENT - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE :

OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
15 000 €	35 000 €	45 000 €

Garantie INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALISATION ACCIDENT :

OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
15 € / jour	30 € / jour	45 € / jour

À la suite de l'hospitalisation d'un Assuré, supérieure à 24 heures, dont l'origine est un Accident, il est versé à l'Assuré hospitalisé une allocation journalière forfaitaire égale au montant garanti à la date de l'événement tel qu'il est défini au certificat d'adhésion. Cette Indemnité Journalière est versée pendant une durée maximale de 365 jours.

Ce qu'il faut savoir

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.

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.

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.

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.
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée.
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée (Chirurgiens et Obstétriciens).

(1) **OPTIQUE :** Limitation à un équipement (monture + deux verres) tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, limitation à un équipement par an. Le TM est compris dans les forfaits exprimés en Euros.

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.

(2) Si vous n'avez pas de consommé en dentaire pendant 3 ans, un bonus de 50% s'applique sur tous les actes dentaires soumis au plafond et encadrés dans le tableau de prestation, y compris le plafond.

(3) **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.

(4) 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.

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.

ME-A17S17_V0307 - 050219