

APA - 2024

# APA SOCLE + APA RENFORT

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux : consultations et actes techniques</b>		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	180%
<b>Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...</b>		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	180%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60%	200%
<b>Médicaments</b>		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles (1)	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	250%
Transports pris en charge par le RO (2)	55%	200%
<b>Hospitalisation</b>		
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	255%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
<b>Honoraires : actes techniques et cliniques</b>		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	255%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (3)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	200%
Chambre particulière avec nuitée (4)	-	48 € / jour
Chambre particulière Psychiatrie (5)	-	25 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (6)	-	Frais réels
Forfait maternité (7)	-	1/3 PMSS
<b>Optique (8)</b>		
Equipements 100% santé (8)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
<b>Equipements à tarifs libres</b>		
- Verres simples+monture	60%	420€ dont 100 € max monture
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	520€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	520€ dont 100 € max monture
<b>Lentilles</b>		
- Prises en charge par le RO (y.c jetables) (1)	60%	100% + 250 €
- Non prises en charge par le RO (y.c jetables) (1)	-	160 €
Autres prestations optiques 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (9)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	250 € / oeil / an
<b>Dentaire</b>		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
<b>Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé</b>		
- Soins pris en charge par le RO (y.c inlay onlay) (9)	60%	225%
<b>Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé</b>		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core) (10)	60%	310% + 300 €
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	400%
Forfait global orthodontie non PEC RO, prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO, soins non PEC RO et implantologie, parodontologie non PEC RO, prophylaxie bucco-dentaire non PEC RO (11) (12)	-	70 €
<b>Aides auditives</b>		
Equipements 100% santé (13)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (13)	60%	250%
<b>Cures thermales prises en charge par le RO</b>		
Soins et forfait thermal pris en charge par le RO	65% à 70%	200%
Transport et hébergement pris en charge par le RO ou non	0 à 55%	200% + 100 €
<b>Prévention</b>		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%

APA - 2024 (Suite)

**APA SOCLE + APA RENFORT**

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
<b>Bien-être (14)</b>		
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	-	50 €
- Médecines douces		
- Acupuncture	-	
- Chiropractie	-	
- Ostéopathie	-	
- Sophrologie	-	
- Contraception prescrite	-	
- Assistance médicale à la procréation	-	
- Vaccins (15)	-	
<b>Assistance et services</b>		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

## APA - 2024 (Suite)

# APA SOCLE + APA RENFORT

**BR** : Base de Remboursement ;  
**BRR** : Base de Remboursement Reconstituée ;  
**CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux ; **DR** : Dépense Réelle ; **FR** : Frais Réels ;  
**MR** : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie ;  
**NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels ;  
**OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ;  
**OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de Chirurgie ou de gynécologie-Obstétrique ;  
**PEC RO** : Pris En Charge par le Régime Obligatoire ;  
**NON PEC RO** : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire ;  
**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ; **RO** : Régime Obligatoire ;  
**RSS** : Remboursement Sécurité Sociale ;  
**SMR** : Service Médical Rendu ;  
**TA** : Tarif d'Autorité ;  
**TM** : Ticket Modérateur ;  
**AM** : Alsace Moselle ;  
**HAM** : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives incluent la prise en charge RO et le TM.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire.

- (1) Forfait par année civile, par bénéficiaire.
- (2) Limité à 100% en cas d'hospitalisation
- (3) Forfait journalier facturé par les établissements de santé, à l'exclusion de celui facturé par les établissements médico-sociaux, tels que définis réglementairement et repris dans le contrat.
- (4) Prise en charge limitée à 30 jours par an en psychiatrie
- (5) Limitée à 30 jours par an
- (6) Prise en charge limitée aux enfants de moins de 16 ans. Forfait prévu pour le lit et le repas de l'accompagnant.
- (7) Forfait prévu pour les dépassements d'honoraires et la chambre particulière.
- (8) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.  
L'achat d'équipements optiques (monture, verres, lentilles) achetés sur internet peut être pris en charge au titre des garanties complémentaires Mutualia sur présentation :
  - d'une prescription,
  - d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français.
- (9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.
- (10) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.  
Forfait par année civile, par bénéficiaire.
- (11) Forfait par année civile, par bénéficiaire.  
Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.
- (12) Forfait par année civile, par bénéficiaire.  
Prestations inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire.
- (13) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.
- (14) Forfait par année civile, par bénéficiaire.  
Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADEL ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINISS. Pour les Professionnels de santé non réglementés : le praticien doit justifier son inscription à l'annuaire professionnel ou à l'organisation représentative de l'activité (fédération/syndicat professionnel), ou justifiant par diplôme (copie du justificatif, du titre RNCP) de son aptitude professionnelle. Pour être remboursé, une facture acquittée au nom du bénéficiaire indiquant lesdites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.
- (15) Vaccins : non remboursés par le Régime Obligatoire avec ou sans prescription médicale, sur présentation des justificatifs.