

AGRI'PROTECT+ - 2025

LUMEA TNS +

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

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	300%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
- Sages-Femmes	70%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner, ostéodensitométrie, ...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	210%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	190%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	200%
Séances de psychologue (PEC RO) (1)	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	180%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) avec prescription	-	40 € / an
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Substituts nicotiniques non pris en charge par le RO avec ou sans prescription (2)	-	150 € / an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	40 € / an
- Vaccin anti-grippe	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements et accessoires.	60%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : petit appareillage	60%	340%
Matériel médical pris en charge par le RO : gros appareillage	100%	340%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	500%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation en cas de maternité (3)	100%	40% PMSS
Forfait journalier hospitalier (4)	-	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Oui
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	78 € / jour
Chambre particulière en maternité	-	80 € / jour
Chambre particulière en psychiatrie	-	40 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant et de l'adulte (5)	-	60 € / jour
Optique (6)		
Equipements 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres - Adulte (7)		
- Verres simples + monture	60%	400€ dont 100 € max monture
- Verres complexes + monture	60%	700€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes + monture	60%	700€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	550€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	60%	550€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	60%	700€ dont 100 € max monture
Equipements à tarifs libres - Enfant (7)		
- Verres simples + monture	60%	400€ dont 100 € max monture
- Verres complexes + monture	60%	700€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes + monture	60%	700€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe + monture	60%	550€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe + monture	60%	550€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe + monture	60%	700€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables) (8)	60%	455% + 350 €
Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables)	-	350 € / an
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 de l'oeil non PEC RO (10)	-	250 € / an

AGRI'PROTECT+ - 2025 (Suite)

LUMEA TNS +

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Soins pris en charge par le RO	60%	170%
- Inlay onlay pris en charge par le RO	60%	225%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (9)		
- Prothèses prises en charge par le RO (8)	60%	410% + 300 €
- Inlay core pris en charge par le RO	60%	270%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (y.c implants) (11)	-	250% BRR + 450 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	300%
Orthodontie non prise en charge par le RO (12)	-	400 € / an
Parodontologie non prise en charge par le RO (13)	-	200 € / an
Aides auditives (14)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	1700 € / oreille
Accessoires (remboursés par la SS : piles, batteries,...)	60%	100%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : si prestations prises en charge par le RO	55% à 70%	100%
Transport et hébergement non pris en charge par le RO (15)	-	150 € / an
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Bien-être (16)		
- Médecines douces		
- Acupuncture	-	50€ / séance (Max 4 / an)
- Chiropractie	-	
- Diététicien	-	
- Ergothérapie	-	
- Etiopathie	-	
- Homéopathie	-	
- Hypnothérapie	-	
- Kinésiologie	-	
- Méthode Mezière	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Ostéopathie	-	
- Pédicure-Podologue	-	
- Naturopathie	-	
- Psychologie, psychothérapie	-	
- Psychomotricien	-	
- Réflexologie	-	
- Sophrologie	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

AGRI'PROTECT+ - 2025 (Suite)

LUMEA TNS +

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 du RO 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 BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). 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. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire. Les prestations forfaitaires (hors équipements optiques (monture et verres) et audioprothèses) et les plafonds en euros ainsi que les limites en jours s'entendent par bénéficiaire et par année d'adhésion, ils se renouvellent à la date anniversaire de la garantie.

(1) La Mutuelle rembourse les soins selon les conditions prévues dans le dispositif «Mon Soutien Psy».

(2) Substituts nicotiques valables pour les produits suivants : gums, patchs, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.

(3) Pour les dépassements d'honoraires et le reste à charge en chambre particulière en maternité, dans la limite des frais engagés.

(4) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(5) Lit + Repas sur présentation d'un justificatif.

(6) 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.

(7) 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.

(8) Par an. Au-delà du forfait, remboursement à hauteur du pourcentage indiqué.

(9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(10) Techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie, hors cataracte) permettant de corriger les défauts visuels. Cataracte prise en compte dans actes techniques hospitaliers.

(11) La Base de Remboursement reconstituée est de 120€. Cette BRR ne s'applique pas aux implants. Les actes doivent être inscrits dans la CCAM Dentaire.

(12) Pour l'orthodontie, les actes doivent être inscrits à la NGAP.

(13) Les actes doivent être inscrits dans la CCAM Dentaire.

(14) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est 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.

(15) La base de remboursement de ces prestations est celle applicable au RO même lorsqu'elles ne sont pas prises en charge par celui-ci, et ce, dans la limite de la dépense engagée.

(16) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué par séance et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADELI ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINESS. 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 les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.