

MUTUALIA SANTE - 2023

Santé 200

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%	200%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	180%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- 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%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	200%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	180%
Honoraires : actes techniques et cliniques		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	180%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	200%
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	60 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (3)	-	5 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	30 € / jour
Optique		
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (5)		
- Verres simples+monture	60%	200€ dont 100 € max monture
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	300€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	250€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables)		
- Adulte	60%	100%+300€/an
- Enfant	60%	100%+150€/an
Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables)		
- Adulte	-	300 € / an
- Enfant	-	150 € / an
Autres prestations optiques 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (6)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	300 € / oeil / an
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (6)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay) (6)	70%	200%
Prothèses prises en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay core) (7)	70%	300%
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	300%
Forfait global orthodontie non PEC RO, prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO, soins non PEC RO et implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire non PEC RO	-	300 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (8)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (8)	60%	200%
Cures thermales prises en charge par le RO		
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 (9)	0 à 65%	200%
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%
Bien-être		
- Forfaits bien-être et prévention	-	Optionnels

MUTUALIA SANTE - 2023 (Suite)

Santé 200

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

- **BR** : Base de remboursement;
- **RO** : Régime Obligatoire;
- **TM** : Ticket Modérateur;
- **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;
- **HAM** : Hors Alsace-Moselle;
- **AM** : Alsace-Moselle;
- **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- **SMR** : Service Médical Rendu;
- **PEC** : Pris en charge

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) 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.

(2) Durée illimitée. Sauf pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), les établissements psychiatriques, les unités et centres de soins de longue durée visés à l'art. L. 174-5 du Code de la sécurité sociale et tous les établissements de santé non-conventionnés où la prise en charge est limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire. Pour les établissements spécialisés en rééducation physique (SSR), la prise en charge est limitée à 120 jours déduction faite des 60 premiers jours du séjour. Quelle que soit la catégorie d'établissement, la nature et la durée du séjour, la prise en charge de la chambre particulière par année civile et par bénéficiaire est plafonnée à 2 fois le PMSS en vigueur.

(3) Prise en charge limitée à 60 jours par année civile, par bénéficiaire.

(4) Prise en charge limitée à 60 jours par année civile, par bénéficiaire et limitée aux enfants de moins de 18 ans.

(5) 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.

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

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Remboursement de la part complémentaire limité à un plafond par an et par bénéficiaire uniquement sur la formule de base.

Soit année 1 : 700€ - année 2 : 850€ - année 3 : 1000€. Plafonds supprimés à partir de la 4ème année. Ainsi, au-delà du plafond annuel, la prise en charge est limitée au montant du ticket modérateur.

(8) 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.

(9) La base de remboursement de ces prestations est celle applicable au RO même lorsqu'elles ne sont pas prises en charge par celui-ci.