

Les garanties au 1^{er} Janvier 2020 du contrat de base Noir / Blanc

Régimes Obligatoires RO⁽⁴⁾

Remboursement Mutuelle
Dans la limite des frais réels

Contrat de base
Noir / Blanc

Remboursement
total

Justificatifs à fournir
à la Mutuelle

> Soins courants

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

Consultation (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite Généraliste DPTAM ⁽²⁾	70% ou 100%	50% ou 20%	120%	
Consultation (y compris téléconsultation prise en charge par la Sécurité Sociale) et visite Généraliste HORS DPTAM ⁽²⁾	70% ou 100%	30% ou 0%	100%	
Consultation et visite Spécialiste DPTAM ⁽²⁾	70% ou 100%	65% ou 35%	135%	
Consultation et visite Spécialiste HORS DPTAM ⁽²⁾	70% ou 100%	45% ou 15%	115%	
Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe DPTAM ⁽²⁾	70% ou 100%	30% ou 0%	100%	
Actes de technique médicale et de petite chirurgie en Externe HORS DPTAM ⁽²⁾	70% ou 100%	30% ou 0%	100%	
Radiologie (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - DPTAM ⁽²⁾)	70% ou 100%	30% ou 0%	100%	
Radiologie (y compris Densitométrie remboursée par la Sécurité Sociale - Hors DPTAM ⁽²⁾)	70% ou 100%	30% ou 0%	100%	
Densitométrie non remboursée par la Sécurité Sociale	0%	30% FR + 15€	30% FR + 15€	Prescription + Facture ⁽³⁾
Médicaments remboursés par la Sécurité Sociale	65% / 30% / 15%	35% / 70% / 85%	100%	
Médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	30% FR	30% FR limité à 50€/ an	Prescription + Facture ⁽³⁾
Analyses et examens de laboratoires remboursés par la Sécurité Sociale	60% ou 100%	40% ou 0%	100%	
Analyses et examens de laboratoire non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	30% FR	30% FR limité à 50€/ an	Prescription + Facture ⁽³⁾
Soins infirmiers, Massages, Kinésithérapie, Orthophonie, Orthoptie	60%	40%	100%	
Indemnités de déplacement	70%	30%	100%	
Pédicurie et Podologie remboursés ou non par la Sécurité Sociale ⁽⁴⁾	60% / 100% / 0%	40% ou 0% + 10€/séance	100% + 10 €/séance	Facture ⁽³⁾ si non prise en charge

> Hospitalisation

Honoraires DPTAM ⁽²⁾	80% ou 100%	20% ou 0%	100%	Facture acquittée accompagnée du bordereau détaillé délivré par l'établissement
Honoraires HORS DPTAM ⁽²⁾	80% ou 100%	20% ou 0%	100%	
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	100%	
Forfait hospitalier Médical, Chirurgical, Convalescence ⁽⁵⁾ Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur	
Forfait hospitalier Psychiatrie ⁽⁵⁾ Sans limite de durée	0%	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur	
Participation forfaitaire pour acte lourd	0%	24€	24€	Franchise SS pour acte > à 120€/séjour, 1 fois par séjour
Chambre particulière Médicale, Chirurgicale (limitée à 90 jours par an)	0%	60€ / nuitée	60€ / nuitée	
Chambre particulière Psychiatrie / Convalescence (limitée à 60 jours par an)	0%	60€ / nuitée	60€ / nuitée	
Chambre en ambulatoire	0%	0%	0%	
Hébergement accompagnement enfant de moins de 16 ans	0%	31€ / nuitée	31€ / nuitée	Facture ⁽³⁾
Péridurale - Amniocentèse	70%	30%	100%	
Forfait des dépenses liées à l'hospitalisation en Maternité	0%	145€	145€	Pour la maman adhérente, présentation des justificatifs de frais restants à charge
Cures Thermales soins – honoraires	65% ou 70%	35% ou 30%	100%	Une cure par an
Frais inhérents à la cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale	0%	138€/ an	138€/ an	Facture ⁽³⁾
Transport (sauf cure)	65%	35%	100%	

Les garanties au 1^{er} Janvier 2020 du contrat de base Noir / Blanc

Sécurité Sociale

Remboursement Mutuelle
Dans la limite des frais réels

Contrat de base
Noir / Blanc

Remboursement
total

Justificatifs à fournir
à la Mutuelle

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

> Optique

ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «CLASSE A» (RESTE À CHARGE = 0)

PRISE EN CHARGE INTÉGRALE

Verres, monture tels que définis réglementairement	60% ou 100%	100% FR - SS	100% FR	prescription + Facture ⁽³⁾
--	-------------	--------------	---------	---------------------------------------

ÉQUIPEMENT DANS LE PANIER «CLASSE B» TARIFS LIBRES

Verres uni focaux, montures (catégorie A) ⁽⁷⁾	60% ou 100%	Limité à 250€	Limité à 250€	prescription + Facture ⁽³⁾
--	-------------	---------------	---------------	---------------------------------------

Verres mixtes, montures (catégories B et D) ⁽⁷⁾	60% ou 100%	Limité à 325€	Limité à 325€	prescription + Facture ⁽³⁾
--	-------------	---------------	---------------	---------------------------------------

Verres progressifs, montures (catégories C, E et F) ⁽⁷⁾	60% ou 100%	Limité à 400€	Limité à 400€	prescription + Facture ⁽³⁾
--	-------------	---------------	---------------	---------------------------------------

AUTRES PRESTATIONS

Lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité Sociale	0%, 60% ou 100%	Limité à 300€/an hors TM	Limité à 300€/an hors TM	prescription + Facture ⁽³⁾
---	-----------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------------------

Chirurgie de la myopie	0%	153€ / œil / an	153€ / œil / an	Facture ⁽³⁾
------------------------	----	-----------------	-----------------	------------------------

> Audiologie ⁽⁸⁾

Prothèse auditive	60%	650€/prothèse	60% + 650€/prothèse	Limité à 2 prothèses / an
-------------------	-----	---------------	---------------------	---------------------------

Réparation, entretien et piles pour prothèses auditives ⁽⁹⁾	60%	40%+30% FR limité à 90€/an	100%+30% FR limité à 90€/an	prescription + Facture ⁽³⁾
--	-----	----------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

> Dentaire

SOINS DENTAIRES PROTHÉTIQUES DANS LE PANIER A «100% SANTÉ»

PRISE EN CHARGE INTÉGRALE

Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	100% FR - SS	100% FR	
---	-------------	--------------	---------	--

Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	100% FR - SS	100% FR	
--	-------------	--------------	---------	--

SOINS DENTAIRES PROTHÉTIQUES DANS L'UN DES PANIERS B «TARIFS MAÎTRISÉS» OU C «TARIFS LIBRES»

Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	210% ou 180% limité à 3000€/an hors TM	280% limité à 3000€/an hors TM	
---	-------------	--	--------------------------------	--

Inlays-core remboursés par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	130% ou 100% limité à 3000€/an hors TM	200% limité à 3000€/an hors TM	
--	-------------	--	--------------------------------	--

AUTRES PRESTATIONS

Soins dentaires	70%	30%	100%	
-----------------	-----	-----	------	--

Parodontie remboursée par la Sécurité Sociale	70% ou 100%	230% ou 200% limité à 3000€/an hors TM	300% limité à 3000€/an hors TM	
---	-------------	--	--------------------------------	--

Prothèses dentaires, Inlays-core, Implantologie et Parodontie non remboursées par la Sécurité Sociale	0%	40% FR limité à 600€/an	40% FR limité à 600€/an	Facture avec nature des actes ⁽³⁾
---	----	-------------------------	-------------------------	--

Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale	100%	100%	200%	
--	------	------	------	--

Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (tarif convention reconstitué) limité à 4 semestres de traitement + 2 semestres pour la contention	0%	100%	100%	Facture avec nature et date des soins ⁽³⁾
---	----	------	------	--

Les garanties au 1^{er} Janvier 2020 du contrat de base Noir / Blanc

Sécurité Sociale

Remboursement Mutuelle
Dans la limite des frais réels

Contrat de base
Noir / Blanc

Remboursement
total

Justificatifs à fournir
à la Mutuelle

Les pourcentages s'appliquent sur la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale

> Appareillage divers

	Sécurité Sociale	Contrat de base Noir / Blanc	Remboursement total	Justificatifs à fournir à la Mutuelle
Petits appareillages, accessoires, orthopédie remboursés par la Sécurité Sociale	60%	40% + 50€ par acte	100% + 50€ par acte	Facture ⁽³⁾
Petits appareillages, accessoires, orthopédie non remboursés par la SS	0%	50€ par acte	50€ par acte	Prescription + Facture ⁽³⁾
Prothèse (mammaire, postiche, oculaire)	100%	150€	100% + 150€ par acte	Facture ⁽³⁾

> Bien être et prévention

	Sécurité Sociale	Contrat de base Noir / Blanc	Remboursement total	Justificatifs à fournir à la Mutuelle
Ostéopathie, Etiopathie, Chiropractie	0%	30€/séance	30€/séance	Facture ⁽³⁾ Limité à 3 séances/an/spécialité pour contrat N/B
Acupuncture, Homéopathie, Consultation Psychologue	0%	20€/séance	20€/séance	Facture ⁽³⁾
Vaccins remboursés par la Sécurité Sociale	70%	30%	100%	
Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale	0%	FR (limité à 50 €/an)	FR (limité à 50 €/an)	Prescription + Facture ⁽³⁾
Sevrage tabagique ⁽¹¹⁾	65%	Forfait 80 €/an	65% + Forfait 80 €/an	Prescription + Facture ⁽³⁾
Aliments sans gluten	60% ou 100%	100%	160% ou 200%	Prescription + Facture ⁽³⁾

Lexique

(1) Sauf indication contraire, les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

(2) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

(3) Fournir les factures originales

(4) Y compris bilan postural

(5) Depuis le 1^{er} janvier 2018, il est de : 20 € par jour en hôpital ou en clinique ; 15 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

(6) Le panier 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. La Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire.

(7) Voir fiche jointe pour optique

(8) Pas de panier de soins 100% Santé en 2020 sur l'Audiologie. Celui-ci sera introduit en 2021.

(9) Remboursement SS des piles sans mercure : le nombre de paquets pris en charge par an dépend du modèle de piles (10 : 10 par an, 312 : 7 par an, 13 : 5 par an, 675 : 3 par an) ; tarif unitaire 1,50€/par appareil

(10) Le panier de soins 100% Santé est déployé en deux phases : un panier A réduit en 2020 contenant certains soins prothétiques dentaires (couronnes et bridges), puis le panier total en 2021 contenant l'intégralité des actes concernés par la prise en charge intégrale.

(11) Pour les traitements de substitution nicotinique

SS = Sécurité Sociale

FR = Frais réels

TM = Ticket Modérateur : quote-part que la Sécurité Sociale laisse à la charge de l'assuré par rapport à la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Les dépassements d'honoraires doivent être notifiés sur le décompte SS