

Mutuelle Santé
PRO

VOS GARANTIES

2017



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

MALADIE

COÛT DE LA CONSULTATION CHEZ UN SPÉCIALISTE,

	PRIMA PRO	BASIC PRO	MEZZO PRO	AMPLI PRO	MAXI PRO	EXTRA PRO
adhérant au Contrat d'Accès aux Soins	35,00€	35,00€	35,00€	35,00€	35,00€	35,00€
Remboursement Assurance Maladie obligatoire	15,10€	15,10€	15,10€	15,10€	15,10€	15,10€
■ Remboursement Mutuelle	6,90€	6,90€	12,65€	18,40€	18,90€	18,90€
À votre charge (1€ de franchise non remboursable par les mutuelles)	13,00€	13,00€	7,25€	1,50€	1,00€	1,00€

OPTIQUE

ÉQUIPEMENT SIMPLE : MONTURE + VERRES SIMPLES*

	PRIMA PRO	BASIC PRO	MEZZO PRO	AMPLI PRO	MAXI PRO	EXTRA PRO
Remboursement Assurance Maladie obligatoire	6,10€	6,10€	6,10€	6,10€	6,10€	6,10€
■ Remboursement Mutuelle	4,06€	105,00€	175,00€	245,00€	263,90€	263,90€
À votre charge	259,84€	158,90€	88,90€	18,90€	0,00€	0,00€
À votre charge si achat dans un Espace Optique Prévoirance	229,84€	128,90€	58,90€	0,00€	0,00€	0,00€

* Exemple avec des verres blancs simple foyer, cylindre < ou = à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00

ÉQUIPEMENT COMPLEXE : MONTURE + VERRES COMPLEXES**

	PRIMA PRO	BASIC PRO	MEZZO PRO	AMPLI PRO	MAXI PRO	EXTRA PRO
Remboursement Assurance Maladie obligatoire	10,49€	10,49€	10,49€	10,49€	10,49€	10,49€
■ Remboursement Mutuelle	6,99€	200,00€	210,00€	310,00€	480,00€	589,51€
À votre charge	582,52€	389,51€	379,51€	279,51€	109,51€	0,00€
À votre charge si achat dans un Espace Optique Prévoirance	522,52€	329,51€	319,51€	219,51€	49,51€	0,00€

** Exemple avec des verres blancs multifocaux ou progressifs, sphère de -4,00 à +4,00

DENTAIRE

PROTHÈSES DENTAIRES : COÛT D'UNE COURONNE CÉRAMIQUE

	PRIMA PRO	BASIC PRO	MEZZO PRO	AMPLI PRO	MAXI PRO	EXTRA PRO
Remboursement Assurance Maladie obligatoire	75,25€	75,25€	75,25€	75,25€	75,25€	75,25€
■ Remboursement Mutuelle	32,25€	59,13€	139,75€	247,25€	301,00€	354,75€
À votre charge	362,50€	335,63€	255,00€	147,50€	93,75€	40,00€

ORTHODONTIE : COÛT D'UN SEMESTRE

	PRIMA PRO	BASIC PRO	MEZZO PRO	AMPLI PRO	MAXI PRO	EXTRA PRO
Remboursement Assurance Maladie obligatoire	193,50€	193,50€	193,50€	193,50€	193,50€	193,50€
■ Remboursement Mutuelle	0,00€	48,38€	193,50€	387,00€	406,50€	406,50€
À votre charge	406,50€	358,13€	213,00€	19,50€	0,00€	0,00€

MENTIONS COMPLÉMENTAIRES

(a) Les dépassements sur les actes et honoraires pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif du contrat d'accès aux soins sont minorés de 20% par rapport au pourcentage indiqué dans le tableau et en tout état de cause plafonnés à 200%.

** Les forfaits hors équipement optique sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

(1) Ces prestations sont prises en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

(2) **OPTIQUE** : Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 régissant les «contrats responsables», la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Le forfait équipement optique s'entend prise en charge du ticket modérateur inclus.

Répartition des verres par codes LPP selon la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire :

■ **Équipement simple** : monture + verres 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. LPP : 2203240 – 2287916 – 2259966 – 2266412 – 2261874 – 2200393 – 2242457 – 2270413.

■ **Équipement complexe** : monture + verres 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 ou verres multifocaux ou progressifs - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries. LPP : 2282793 – 2263459 – 2280660 – 2265330 – 2235776 – 2295896 – 2284527 – 2254868 – 2212976 – 2252668 – 2288519 – 2299523 – 2290396 – 2291183 – 2227038 – 2299180 – 2245384 – 2295198 – 2202239 – 2252042 – 2243540 – 2243304 – 2273854 – 2283953 – 2238941 – 2245036 – 2259245 – 2238792 – 2240671 – 2234239 – 2297441 – 2291088 – 2248320 – 2219381 – 2268385 – 2206800 – 2264045 – 2202452 – 2282221 – 2202452 – 2282221 – 2259660.

Dans le cas d'un équipement mixte (monture + 2 verres l'un simple, l'autre complexe), le remboursement s'effectue sur la base d'un équipement complexe.

Les avantages Adhèrent sont attribués en complément du forfait équipement optique, dans les limites des plafonds des «contrats responsables».

Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.

(3) **DENTAIRE** : Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.

(4) **HOSPITALISATION** : la chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond indiqué.

La durée de prise en charge de la chambre particulière est illimitée en chirurgie et médecine et limitée à 60 jours par année civile en maternité, rééducation, maison de repos, de convalescence et moyen séjour. **La chambre particulière n'est pas prise en charge pour les séjours en psychiatrie, neuropsychiatrie, colonie sanitaire, cure thermique ou médicale, diététique, régime, nutrition ainsi que les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction.** Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier. **Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge. Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.** Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnement et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation et concernent l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans ou d'un adulte de plus de 75 ans dans la limite de 30 jours par an ou dans les autres cas, dans la limite de 2 jours par an.

L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.

Est réputé «accident de la circulation», l'accident :

- provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée,
- survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre,

Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

(5) **LES PLUS** : si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline.

Garantie COUPS DURS

Prise en charge de la cotisation familiale par la Mutuelle à hauteur de 50% pendant 1 an

En cas de liquidation judiciaire, si le membre participant a plus de 5 ans d'ancienneté dans la garantie et sous condition de non reprise d'activité.

En cas d'invalidité de 3^{ème} catégorie du membre participant âgé de moins de 62 ans ayant plus de 3 ans d'ancienneté dans la Mutuelle sur présentation de la notification de mise en invalidité.

La prise en charge s'effectue sans rétro activité au premier jour du mois, suivant la réception de la demande écrite, accompagnée des justificatifs, sous réserve que le membre participant soit à jour du paiement de ses cotisations. Cette garantie ne donne pas lieu à un remboursement de cotisation.