










PEC RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire
Non PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire.

 SOINS COURANTS		
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes OPTAM/OPTAM-CO, sage-femmes (conventionnées ou non)		400%
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes (conventionnés ou non) hors OPTAM/OPTAM-CO		200%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes		200%
Actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie OPTAM/OPTAM-CO		400%
Actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie hors OPTAM/OPTAM-CO		200%
Actes de biologie : analyses, prélèvements, examens de laboratoire		200%
Actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie - actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) OPTAM/OPTAM-CO		400%
Actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie - actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) hors OPTAM/OPTAM-CO		200%
 PHARMACIE		100%
 HOSPITALISATION		
Honoraires (actes cliniques et techniques) OPTAM/OPTAM-CO		Frais réels (1)
Honoraires (actes cliniques et techniques) hors OPTAM/OPTAM-CO		200%
Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie OPTAM/OPTAM-CO		Frais réels (2)
Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie hors OPTAM/OPTAM-CO		200%
Frais de séjour		Frais réels
Forfait journalier hospitalier (3)		Frais réels
Chambre particulière avec hébergement (4)		Frais réels
Forfait accompagnant de l'enfant de - 18 ans (5)		35 € / jour
Forfait confort à l'hôpital (5)		5 € / jour
 OPTIQUE (6)		
Verres simples + monture		350€ dont 150€ max monture
Verres mixtes + monture		450€ dont 150€ max monture
Verres complexes + monture		550€ dont 150€ max monture
Lentilles PEC RO / an Adulte		100% + 400 €
Lentilles PEC RO / an Enfant		100% + 200 €
Lentilles correctrices non PEC RO (y compris lentilles jetables) / an Adulte		400 €
Lentilles correctrices non PEC RO (y compris lentilles jetables) / an Enfant		200 €
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil / par an)		400 €
 DENTAIRE		
Frais de soins et actes (y compris Inlay / Onlay)		400%
Prothèses PEC RO (y compris Inlay Core)		400% (7)
Orthodontie PEC RO		400%
Orthodontie non PEC RO, Forfait IPP (implantologie, Parodontologie, Prophylaxie bucco-dentaire), prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO et soins non PEC RO		450 € / an
 APPAREILLAGE		
Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages, prothèses, orthèses		400%
Prothèses auditives		400%
 FRAIS DE TRANSPORT		100%
 CURES THERMALES PEC RO		250%
 BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION		
Actes de prévention pris en charge par le RO		100%
Forfaits Bien-Être et Prévention (9)		optionnels
Mutualia Assistance		oui

Les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de l'adoption du présent contrat. Les forfaits lunettes incluent la prise en charge du ticket modérateur. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire.

(1) Les actes réalisés dans les établissements non conventionnés sont limités à 400% de la base de remboursement reconstituée. Ne sera donc pas pris en compte dans ce cas le tarif d'autorité (TA), mais une base de remboursement identique à celle du secteur conventionné (tarif de convention). (2) dans la limite prévue par le contrat d'accès aux soins. (3) 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. (4) durée illimitée. Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SRR), 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, la prise en charge est limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire. La prise en charge est limitée à 120 jours pour les établissements SSR spécialisés en rééducation physique, 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 un montant égal à 2 fois le PMSS en vigueur. (5) limité à 60 jours par an. (6) Conditions et modalités d'utilisation de la garantie précisées aux articles 15 du Règlement mutualiste. (7) Remboursement de la part complémentaire limité à un plafond par an et par bénéficiaire uniquement sur la formule de base. Soit pour la formule S200 : année 1 : 700€ - année 2 : 850€ - année 3 : 1000€ ; Pour la formule S400 : année 1 : 900€ - année 2 : 1100€ - année 3 : 1300€. Plafonds supprimés à partir de la 4^{ème} année. Plus d'informations sur le règlement mutualiste. (8) Les renforts optionnels ne peuvent venir qu'en complément du remboursement de la garantie de base concernant les soins, prothèses et implants non pris en charge par le Régime Obligatoire. (9) Forfait annuel global à utiliser librement sur les consultations de médecine douce et autres prestations.

RO : Régime Obligatoire / **TM** : Ticket modérateur / **OPTAM** : option pratique tarifaire maîtrisée appliquée à tous les médecins. / **OPTAM-CO** : option pratique tarifaire maîtrisée appliquée aux chirurgiens et obstétriciens. / **BR** : Base de Remboursement