

Chez Mutualia, nos garanties s'adaptent à vos besoins



SOINS COURANTS	AT 100 (RO inclus)	AT 150 (RO INCLUS)	AT 200 (RO inclus)
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques			
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	150%	200%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	130%	180%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...			
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	150%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	130%	180%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100%	150%	200%
Analyses et examens de laboratoire	100%	150%	200%
Médicaments			
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	100%	100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	100%	100%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	150%	250%	300%
Transports pris en charge par le RO	100%	100%	100%
HOSPITALISATION			
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	150%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	130%	180%
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100%	150%	200%
Chambre particulière avec nuitée ⁽²⁾	-	50€/ jour	60€/ jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire ⁽³⁾	5€/ jour	5€/ jour	5€/ jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant ⁽⁴⁾	25€/ jour	25€/ jour	30€/ jour
OPTIQUE ⁽⁵⁾			
Equipements 100% santé ⁽⁶⁾	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres ⁽⁶⁾			
- Verres simples+monture	50€ dont 15€ max monture	250€ dont 80€ max monture	350€ dont 100€ max monture
- Verres complexes ou très complexes+monture	200€ dont 15€ max monture	300€ dont 80€ max monture	400€ dont 100€ max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	125€ dont 15€ max monture	275€ dont 80€ max monture	375€ dont 100€ max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables)			
- Adulte	100%	100%+200€ / an	100%+300€ / an
- Enfant	100%	100%+100€ / an	100%+150€ / an
Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables)			
- Adulte	-	200€ / an	300€ / an
- Enfant	-	100€ / an	150€ / an
Autres prestations optiques 100% santé ⁽⁷⁾	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres ⁽⁷⁾	100%	100%	100%
Chirurgie réfractive		200€/œil/an	300€/œil/an
DENTAIRE			
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé ⁽⁷⁾	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	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) ⁽⁷⁾	100%	150%	200%
Prothèses prises en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay core) ⁽⁷⁾	150%	300%	400%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO	150%	300%	400%
Forfait dentaire non PEC RO (Actes présents dans la CCAM ou la NGAP) y/c implantologie ⁽⁸⁾	50€ / an	200€/an+100€/an	300€/an+100€/an
AIDES AUDITIVES			
Equipements 100% santé ⁽⁹⁾	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres ⁽⁹⁾	150%	250%	300%
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO			
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	100%	150%	200%
PRÉVENTION			
Actes de prévention pris en charge par le RO	100%	100%	100%
BIEN-ÊTRE ⁽¹⁰⁾			
Forfait Bien-être et Prévention	Forfait Bien-Etre 1 : 90€/an/bénéficiaire	Forfait Bien-Etre 2 : 120€/an/bénéficiaire	Forfait Bien-Etre 3 : 150€/an/bénéficiaire
ASSISTANCE ET SERVICES			
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	Oui	Oui	Oui
Réseau de soins optique	Oui	Oui	Oui
Téléconsultation	Oui	Oui	Oui

AM : Alsace-Moselle ; BR : Base de remboursement ; HAM : Hors Alsace-Moselle ; 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 : Pris en charge ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur 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) 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 et d'une facture acquittée en provenance d'un établissement français. (6) 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. (7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. (8) Pour l'orthodontie non PEC RO, les actes doivent être inscrits à la NGAP. Les autres actes non PEC RO doivent être inscrits à la CCAM. (9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues dans la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille. (10) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué et si elles sont non PEC RO. Pour les Professionnels de santé réglementés : le praticien doit justifier d'un numéro ADEL ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINES. 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 lesdites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.