

MUTUALIA SANTE AGENT TERRITORIAL - 2025

AT100

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%	100%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
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%	150%
Transports pris en charge par le RO	55%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds (2)	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée	-	-
Forfait d'accompagnement de l'enfant (3)	-	25 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (4)	-	5 € / jour
Optique (5)		
Equipements 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)		
- Verres simples+monture	60%	50€ dont 15 € max monture
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	200€ dont 15 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	125€ dont 15 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables)		
- Adulte	60%	100%
- Enfant	60%	100%
Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables)		
- Adulte	-	-
- Enfant	-	-
Autres prestations optiques 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (7)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	-
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés aux Honoraires Limites de Facturation
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay) (7)	60%	100%
Prothèses prises en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay core) (7)	60%	150%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO	0% à 100%	150%
Forfait dentaire non PEC RO (Actes présents dans la CCAM ou la NGAP) y/c implantologie (8)	-	50 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres y compris piles et accessoires PEC RO (9)	60%	150%
Consommables, piles et accessoires	60%	150%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	55% à 70%	100%
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	60% à 70%	100%

MUTUALIA SANTE AGENT TERRITORIAL - 2025 (Suite)

AT100

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être (10)		
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	-	90 € / an
- Vaccins prescrits	-	
- Homéopathie et pharmacie (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) prescrites	-	
- Traitement préventif paludisme prescrit	-	
- Visite annuelle du sport + test d'effort	-	
- Pédicure/podologue	-	
- Assistance médicale à la procréation	-	
- Contraception prescrite	-	
- Psychologue libéral, psychothérapie	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

BR : Base de Remboursement; BRR : Base de Remboursement Reconstituée; CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux; DR : Dépense Réelle; FR : Frais Réels; MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie; NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels; 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 RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire; NON PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale; RO : Régime Obligatoire; RSS : Remboursement Sécurité Sociale; SMR : Service Médical Rendu; TA : Tarif d'Autorité; TM : Ticket Modérateur; AM : Alsace Moselle; HAM : Hors Alsace Moselle.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO 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 BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné). 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. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire.

(1) Prévus 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. Soit, au 1er janvier, 20€ par jour en hôpital ou en clinique et 15€ par jour en service psychiatrique d'un établissement de santé.

(2) Forfait patient urgences : Montant maximum 19,61 € au 1er janvier. Forfait actes lourds : 24,00 € au 1er janvier.

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

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

(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,

- 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. Pour l'implantologie, il peut y avoir de rares cas où les codes actes CCAM ne sont pas transmis par le praticien. La Mutuelle les prend quand même en charge sous condition de voir le code de regroupement IMP.

(9) 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. Pour les équipements à tarifs libres, le remboursement est 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 ADELI ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINISS. 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 les dites références et le détail des actes pratiqués doit être fournie.