

## MUTUALIA SANTE CFR - 2024

### NIVEAU 3

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux : consultations et actes techniques</b>		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	150%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	130%
<b>Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...</b>		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	130%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Pédicure/podologue non PEC RO (1)	-	50 € / an
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
<b>Médicaments</b>		
- Médicaments pris en charge par le RO hors Service Médical Rendu faible	30% 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%
<b>Hospitalisation</b>		
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	130%
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Forfait journalier hospitalier (2)	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (3)	-	30 € / nuit
<b>Optique (4)</b>		
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
<b>Equipements à tarifs libres (5)</b>		
- Verres simples+monture	60%	200€ dont 100 € max monture
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	300€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	250€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables) (6)	60%	100% + 200€ / an
Autres prestations optiques 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (7)	60%	100%
<b>Dentaire</b>		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (7)	60%	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)	60%	100%
<b>Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)</b>		
- Prothèses prises en charge par le RO	60%	200%
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	100%
Implantologie (8)	-	250 € / implant
<b>Aides auditives</b>		
Equipements 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (9)	60%	100% + 450€ / appareil
<b>Cures thermales prises en charge par le RO</b>		
Soins et forfait thermal pris en charge par le RO	65% à 70%	65% à 70%
Transport et hébergement pris en charge par le RO ou non	0 à 55%	0 à 55%
<b>Prévention</b>		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%
<b>Dépistage préventif</b>		
- Ostéodensitométrie	70%	100% + 50€ / an
<b>Bien-être</b>		
- Forfaits bien-être et prévention	-	Optionnels
<b>Assistance et services</b>		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui
Étude et conseil sur devis en dentaire, optique et audioprothèses	-	Oui
Aides au retour à domicile après hospitalisation	-	Oui, selon conditions assistance

## MUTUALIA SANTE CFR - 2024 (Suite)

### NIVEAU 3

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) Forfait à utiliser dans la limite du montant du forfait indiqué, si les prestations, sont non PEC RO. Le praticien doit justifier d'un numéro ADELI ou d'une inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou d'un numéro FINESS.

(2) 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.

(3) Remboursement limité à 30 jours par an.

(4) 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.

(5) 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.

(6) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Les Prestations doivent être inscrites à la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire. 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 avec un remboursement limité à 1700€/oreille.