

## ZEN'PROTECT - 2024

# ELARGI

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%	180%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	160%
<b>Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...</b>		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	180%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	160%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	180%
Séances de psychologue (PEC RO) (1)	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	180%
<b>Médicaments</b>		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO (dont le taux de TVA est 2,10% ou 10%) avec ou sans prescription	-	40 € / an
Matériel médical PEC RO : Pansements et accessoires	60%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : petit appareillage	60%	180% + 30€/an
Matériel médical pris en charge par le RO : gros appareillage	100%	180%
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%	220%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
<b>Honoraires : actes techniques et cliniques</b>		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	220%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (2)	-	Frais réels
Forfait patient urgences et Forfait actes lourds	-	Oui
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Chambre particulière avec nuitée (3)	-	70 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	25 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant et de l'adulte (4)	-	30 € / jour
Forfait confort à l'hôpital (hors ambulatoire) : TV, téléphone, wifi, journaux	-	-
Forfait naissance ou d'adoption	-	-
<b>Optique (5)</b>		
Equipements 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
<b>Equipements à tarifs libres (6)</b>		
- Verres simples+monture	60%	200€ dont 100 € max monture
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	400€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	300€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (7)	0 à 60%	100% + 300 € / an
Autres prestations optiques 100% santé (8)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (8)	60%	100%
Chirurgie de l'oeil non PEC RO (9)	-	300 € / oeil / an
Implant oculaire non PEC RO	-	-
Produit d'entretien pour les lentilles	-	-
<b>Dentaire</b>		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (8)	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) (8)	60%	200%
Prothèses prises en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay core) (8)	60%	250%
Orthodontie prise en charge par le RO	60% à 100%	250%
Forfait dentaire non PEC RO (Actes présents dans la CCAM ou la NGAP) y/c implantologie	-	250 € / an
<b>Aides auditives</b>		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (10)	60%	200%
Consommables, piles et accessoires (10)	60%	100%
Supplément consommables, piles et accessoires pec ou non pec RO	-	-
<b>Cures thermales prises en charge par le RO</b>		
Soins et forfait thermal pris en charge par le RO	65% à 70%	180%
Transport et hébergement pris en charge par le RO ou non (11)	0 à 55%	100%

## ZEN'PROTECT - 2024 (Suite)

### ELARGI

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
<b>Prévention</b>		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%
<b>Bien-être (12)</b>		
- Médecines douces		
- Acupuncture	-	40€/séance (Max 3)
- Chiropractie	-	
- Diététicien	-	
- Ergothérapie	-	
- Etiopathie	-	
- Kinésiologie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Naturopathie	-	
- Ostéopathie	-	
- Pédiacre-Podologue	-	
- Psychomotricien	-	
- Réflexologie	-	
- Sophrologie	-	
- Hypnothérapie	-	
- Psychologues libéraux hors dispositif Monpsy, psychothérapie	-	
- Séance supplémentaire Médecines douces	-	-
- Sport sur ordonnance du médecin traitant	-	-
- Adhésion à un club de sport, visite annuelle du sport et test d'effort	-	-
<b>Assistance et services</b>		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui
Réseau de soins optique	-	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. Les prestations forfaitaires (hors équipements optiques (monture et verres) et audioprothèses) et les plafonds en euros ainsi que les limites en jours s'entendent par bénéficiaire et par année d'adhésion, ils se renouvellent à la date anniversaire de la garantie.

(1) 8 séances par an, dans la limite du montant imposé au professionnel de santé conventionné au dispositif gouvernemental « MonPsy » (plus d'informations sur le site monpsy.sante.gouv.fr).  
 (2) 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.

(3) 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 an 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 an et par bénéficiaire est plafonnée à 2 fois le PMSS en vigueur.

(4) Prise en charge limitée à 60 jours par an, par bénéficiaire (Lit + repas)

(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) Forfait par an. Pour les lentilles PEC RO seulement, au-delà du forfait, remboursement des lentilles à hauteur du pourcentage indiqué.

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

(9) Techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie, hors cataracte) permettant de corriger les défauts visuels. Cataracte prise en compte dans actes techniques hospitaliers.

(10) 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.

(11) La base de remboursement de ces prestations est celle applicable au RO même lorsqu'elles ne sont pas prises en charge par celui-ci, et ce, dans la limite de la dépense engagée.

(12) Forfait à utiliser librement sur les différentes prestations, dans la limite du montant du forfait indiqué par séance 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 FINESS. 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.