

MUTUALIA SANTE FNAR - 2021

FNAR 150

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%	150%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	130%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- 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%	150%
Analyses et examens de laboratoire	60%	150%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques 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	65%	150%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	130%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	150%
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	50 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (3)	-	5 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	50 € / jour
Optique		
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (5)		
- Verres simples+monture	60%	250€ dont 75 € max monture
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	300€ dont 75 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	275€ dont 75 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables)	60%	100%+300€/an
Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables)	-	300 € / an
Autres prestations optiques 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (6)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	300 € / oeil / an
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (6)	70%	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) (6)	70%	150%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core) (7)	70%	150%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (8)	-	150%
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	150%
Forfait global orthodontie non PEC RO, soins non PEC RO et implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire non PEC RO	-	250 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (9)	60%	150%
Cures thermales (10)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	150%
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%
Bien-être		
- Forfaits bien-être et prévention	-	Optionnels
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

MUTUALIA SANTE FNAR - 2021 (Suite)

FNAR 150

- BR : Base de remboursement;
- RO : Régime Obligatoire;
- TM : Ticket Modérateur;
- 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;
- HAM : Hors Alsace-Moselle;
- AM : Alsace-Moselle;
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- SMR : Service Médical Rendu;
- PEC : Pris en charge

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) 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.
- (2) Durée limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire.
- (3) Durée limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire.
- (4) Prise en charge limitée aux enfants de moins de 18 ans et limitée à 30 jours par année civile par bénéficiaire.
- (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) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions 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. Plafond annuel par bénéficiaire de 0,5 fois le PMSS en vigueur au 1er janvier de l'année.
- (8) Par prothèse. Prothèses prises en charge sur la base de la BR reconstituée à 120,00 €.
- (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.
- (10) Uniquement si la cure est prise en charge par le RO.