

MUTUALIA SANTE AGENT TERRITORIAL - 2022

AT150

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 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% | 250% |
| Transports pris en charge par le RO | 65% | 100% |
| 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) | - | 25 € / 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 80 € max monture |
| - Verres complexes ou très complexes+monture | 60% | 300€ dont 80 € max monture |
| - Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture | 60% | 275€ dont 80 € max monture |
| Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables) | | |
| - Adulte | 60% | 100%+200€/an |
| - Enfant | 60% | 100%+100€/an |
| Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables) | | |
| - Adulte | - | 200 € / an |
| - Enfant | - | 100 € / 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 | - | 200 € / oeil / an |
| Dentaire | | |
| Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (6) | 70% | 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) (6) | 70% | 150% |
| Prothèses prises en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay core) (6) | 70% | 300% |
| Orthodontie prise en charge ou non par le RO | 0% à 100% | 300% |
| Forfait global orthodontie non PEC RO, prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO, soins non PEC RO et implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire non PEC RO (7) | - | 200€/an+100€/an |
| Aides auditives | | |
| Equipements 100% santé (8) | 60% | Frais réels plafonnés au prix limite de vente |
| Equipements à tarifs libres y compris piles et accessoires PEC RO (8) | 60% | 250% |
| Consommables, piles et accessoires | 60% | 250% |
| Cures thermales (9) | | |
| 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% |

MUTUALIA SANTE AGENT TERRITORIAL - 2022 (Suite)

AT150

| | Régime obligatoire (RO) | Régime obligatoire + Mutualia |
|---|-------------------------|-------------------------------|
| Bien-être (10) | | |
| - Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits | - | 120 € / an |
| - Vaccins prescrits (11) | - | |
| - Homéopathie et pharmacie prescrites (11) | - | |
| - Traitement préventif paludisme prescrit (11) | - | |
| - Visite annuelle du sport + test d'effort | - | |
| - Pédicure/podologue (12) | - | |
| - Assistance médicale à la procréation (11) | - | |
| - Contraception prescrite (11) | - | |
| - Psychologue libéral (12) | - | |
| - Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, diététicien, psychomotricien (13) | - | |
| - Appareillage médical prescrit (achat ou location) (11) | - | |
| Assistance et services | | |
| Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance) | - | Oui |
| Réseau de soins optique | - | Oui |

- **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) 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. Soit, au 01/01/2020, 20€ par jour en hôpital ou en clinique et 15€ par jour en service psychiatrique d'un établissement de santé.

(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) 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) La somme de 100€ par an vient en complément du remboursement de la garantie de base concernant les soins, prothèses et orthodontie non pris en charge par le RO

(8) 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.

(9) Uniquement si la cure est prise en charge par le RO.

(10) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations dans la limite du montant indiqué.

(11) Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.

(12) Inscrit au répertoire ADELI ou amené à le remplacer. Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.

(13) Inscrits au répertoire ADELI, ou amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin une sage femme ou un chirurgien-dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.