

PRESTATIONS	PART REGIME OBLIGATOIRE	PART MUTUELLE	TOTAL
HOSPITALISATION			
Honoraires des praticiens	80% ou 100%	70% ou 50%	150%
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	100%
Forfait journalier hospitalier (limité à 30 jours/année civile en psychiatrie)	Néant	100%	100%
Chambre particulière dans un établissement conventionné ou non avec la Mutuelle limitée à 30 jours /année civile en psychiatrie et à 30 jours par an en maison de repos ou de convalescence ou de rééducation et assimilés. La Mutuelle ne prend pas en charge la chambre particulière pour les soins ambulatoires (hospitalisation de jour et séances)	Néant	65 €/jour	65 €/jour
Frais d'accompagnement (enfants de moins de 16 ans, adultes de plus de 70 ans, personnes handicapées)	Néant	Dépense réelle en établissement hospitalier limitée à 25 €/jour en maison d'accueil	Dépense réelle en établissement hospitalier limitée à 25 €/jour en maison d'accueil
Frais de transports	65%	35%	100%
Forfait de 18 € sur acte technique (art. R322-8 du Code de la Sécurité sociale)	Néant	100%	100%
SOINS			
Honoraires des praticiens	70%	80%	150%
Chez le médecin généraliste	70%	80%	150%
Chez le médecin spécialiste	70%	80%	150%
Actes des auxiliaires médicaux	60%	40%	100%
Radiologie	70%	80%	150%
Analyses médicales	60%	40%	100%
Frais de transports pour soins	65% ou 100%	35% ou 0%	100%
Forfait de 18 € sur acte technique (art. R322-8 du Code de la Sécurité sociale)	Néant	100%	100%
PHARMACIE			
Médicaments remboursés par le régime obligatoire	Oui	Oui	100%
CURES			
Forfait cures thermales	Néant	200 €	200 €
Cures thermales acceptées	65% ou 70%	85% ou 80%	150%
APPAREILLAGE			
Petit appareillage (dont prothèses auditives)	60%	90%	150%
Grand appareillage, prothèses mammaires et postiches capillaires	100%	100%	200%
Forfait grand appareillage et prothèses auditives	Néant	150 €	150 €
OPTIQUE			
Pour les moins de 18 ans	60%	90%	150%
Pour les plus de 18 ans	60%	240%	300%
Forfait verres, montures, lentilles acceptées et refusées (par année civile et par bénéficiaire)	Néant	200 €	200 €
Chirurgie des yeux par année civile	Néant	Jusqu'à 200 €/œil	Jusqu'à 200 €/œil
DENTAIRE - Les remboursements des prothèses prises en charge et non prises en charge par le régime obligatoire sont effectués, dans la limite d'un plafond annuel de 2000 € par adhérent et par année civile.			
Radiologie et soins dentaires courants	70%	30%	100%
Couronnes et prothèses prises en charge par le régime obligatoire	70%	230%	300%
Actes d'orthodontie pris en charge par le régime obligatoire	100%	300%	400%
Prothèses non prises en charge par le régime obligatoire mais figurant dans la nomenclature des actes	Néant	200%	200%
Actes d'orthodontie non pris en charge par le régime obligatoire mais figurant dans la nomenclature des actes	Néant	200%	200%
Implants dentaires (par année civile et par bénéficiaire)	Néant	300 €	300 €
ALLOCATION			
Forfait naissance par année civile	Néant	230 €	230 €
PREVENTION CONTRATS RESPONSABLES - Selon définition de l'arrêté du 18 juin 2006 sur les contrats responsables			
Détartrage annuel	70%	30%	100%
Vaccins	65%	35%	100%
PRESTATIONS DE PREVENTION			
Prescrit Tous les produits de sevrage tabagique Amniocentèse prescrite mais non remboursée Fécondation in vitro Bilan nutritionniste (étendu aux consultations de diététicien diplômé) Pédicure Ostéodensitométrie prescrite mais non remboursée Bilan parodontologique Conseil médical en environnement intérieur	Néant excepté produit tabagique	Forfait annuel de 250 € par bénéficiaire	Forfait annuel de 250 € par bénéficiaire
Non prescrit Moyens de contraception : • pilules contraceptives non remboursées dont pilule du lendemain • stérilet • implants contraceptifs • patchs contraceptifs • dispositifs intra-utérins Vaccins non remboursés Chiropraxie et ostéopathie (praticiens reconnus selon la loi 2002-303 du 4 mars 2002/JO n°54 du 5 mars 2002)			
ASSISTANCE			
Garantie d'assistance	Néant	Oui	Oui

Bon à savoir :

- Les taux de remboursements se calculent sur la base du Tarif de Convention.
- Les remboursements s'effectuent sur présentation des justificatifs, dans la limite des frais engagés.
- Sous réserve de consultation du Règlement Mutualiste.
- Les honoraires des praticiens des soins courants : les taux de remboursements indiqués sont valables dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Franchises :

- 50 centimes d'euros par boîte de médicament et par acte paramédical (kinésithérapie, soins infirmiers...)
 - 2 euros pour chaque recours aux transports sanitaires, en ambulance ou en taxi (sauf urgence).
- Le montant de cette franchise est limité à 50 euros par an.
Les femmes enceintes, les enfants et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) sont exonérés. Ces franchises sont directement prélevées sur le montant des remboursements de la Sécurité sociale.