

TABLEAU DES PRESTATIONS SANTÉ HORS ALSACE-MOSELLE, EN VIGUEUR À COMPTER DU 1^{er} JANVIER 2022

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
SOINS COURANTS			
● Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologues y compris téléconsultation)	70 % BR	30 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassement d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
● Honoraires paramédicaux	60 % BR	40 % BR	100 % BR
● Analyses et examens de laboratoire	60 % à 100 % BR	40 % à 0 % BR	100 % BR
● Radiographie	70 % BR	30 % BR	100 % BR
● Médicaments	15 % à 65 % BR	85 % BR à 35 %	100 % BR
● Matériel médical			
- Fournitures médicales, pansements	60 % BR	100 % FR - 60 % BR	100 % FR
- Gros et petits appareillages, orthopédie, prothèses	60 % BR à 100 % BR	240 % BR	300 % BR à 340 % BR
● Actes de prévention⁽²⁾	35 % à 70 % BR	de 65 % BR à 30 % BR	100 % BR
● Honoraires de médecine douce reconnus par le Ministère de la Santé (chiropractie, ostéopathie)	-	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire	20 €/séance avec un maximum de 2 séances/an/bénéficiaire
OPTIQUE			
Équipement verres et monture par bénéficiaire et pour 2 ans ⁽³⁾			
● Équipements 100 % Santé (Classe A)⁽⁴⁾			
- Monture	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
- Verres	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
- Suppléments optiques et prestations associés aux équipements 100 % Santé	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
● Autres équipements (Classe B)			
- Monture	60 % BR	100 € - 60 % BR	100 €
- Verres unifocaux simples ⁽⁵⁾	60 % BR	90 €/verre - 60 % BR	90 €/verre
- Verres unifocaux complexes ⁽⁵⁾	60 % BR	130 €/verre - 60 % BR	130 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs complexes ⁽⁵⁾	60 % BR	135 €/verre - 60 % BR	135 €/verre
- Verres multifocaux ou progressifs très complexes ⁽⁵⁾	60 % BR	150 €/verre - 60 % BR	150 €/verre
● Prestation d'adaptation de la correction à la vue et supplément pour verre avec filtre⁽⁴⁾	60 % BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
● Lentilles remboursées par le régime de base	60 % BR	40 % BR +135 €/an	100 % BR + 135 €/an
● Lentilles non remboursées par le régime de base	-	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire	Crédit de 175 €/an/bénéficiaire
● Chirurgie de l'œil au laser non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire	Crédit de 250 €/an/œil/bénéficiaire
DENTAIRE			
● Soins et prothèses 100 % Santé⁽⁴⁾	70 % BR	Frais réels - 70 % BR	Frais réels
● Soins (hors 100 % Santé)	70 % BR	100 % BR	170 % BR
● Inlay Onlay (hors 100 % Santé) ⁽⁴⁾	70 % BR	200 % BR	270 % BR
● Prothèses (hors 100 % Santé)			
- Prothèses dentaires remboursées par le régime de base hors inlay core ⁽⁴⁾	70 % BR	250 % BR	320 % BR
- Inlay core ⁽⁴⁾	70 % BR	180 % BR	250 % BR
● Prothèses dentaires non remboursées par le régime de base (hors inlays core)	-	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire	Crédit de 215 €/an/bénéficiaire
● Parodontologie non remboursée par le régime de base	-	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire	Crédit de 100 €/an/bénéficiaire
● Orthodontie prise en charge par le régime de base	70 % BR ou 100 % BR	230 % BR	300 % BR ou 330 % BR
● Orthodontie non prise en charge par le régime de base	-	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire	Crédit de 200 €/an/bénéficiaire

Nature des risques	Remboursements du régime de base	Remboursements complémentaires	Total des remboursements (régime de base + régime complémentaire)
AIDES AUDITIVES			
• Équipements 100 % Santé (Classe I) ^{(4) (7)}	60% BR	Frais réels - 60 % BR	Frais réels
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁷⁾ jusqu'à 20 ans inclus ou sans condition d'âge pour les personnes atteintes de cécité	60 % BR	1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Aides auditives hors 100 % Santé (Classe II) ⁽⁷⁾ à partir de 21 ans	60 % BR	1 700€ - RO/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans	1 700 €/oreille/bénéficiaire tous les 4 ans
• Piles et accessoires	60 % BR	40 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Participation du patient ⁽⁸⁾	-	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière (y compris ambulatoire)	-	50 €/jour	50 €/jour
• Frais d'accompagnant	-	25 €/jour	25 €/jour
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
• Forfait patient urgences ⁽¹⁰⁾	-	Frais réels	Frais réels
MATERNITÉ			
• Frais de séjour	100 % BR	-	100 % BR
• Honoraires	100 % BR	-	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Prime de naissance : maternité ou adoption ⁽⁹⁾	-	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})	250 € par enfant (350 € à partir du 3 ^{ème})
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
• Forfait patient urgences ⁽¹⁰⁾	-	Frais réels	Frais réels
PSYCHIATRIE			
• Frais de séjour	80 % BR	20 % BR	100 % BR
• Honoraires	80 % BR	20 % BR	100 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	220 % BR	220 % BR
- Dépassements d'honoraires médecins non adhérents au DPTM ⁽¹⁾	-	100 % BR	100 % BR
• Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
• Forfait patient urgences ⁽¹⁰⁾	-	Frais réels	Frais réels
DIVERS			
• Transport pris en charge par le régime de base	65 % BR	35 % BR	100 % BR
• Pharmacie prescrite et non remboursée par le régime de base : médicaments, pilules contraceptives et substituts nicotiques	-	100€/an/bénéficiaire	100€/an/bénéficiaire
• Vaccins prescrits non pris en charge par le régime de base	-	Crédit 40 €/an/bénéficiaire	Crédit 40 €/an/bénéficiaire
• Assistance	-	OUI	OUI
• Réseau de soins	-	OUI	OUI

FR : frais réels BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

(1) Le remboursement diffère selon que le médecin est adhérent ou non à l'un des Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTM) prévu à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM/OPTAM-CO).

(2) Actes de prévention, selon les conditions prévues dans l'arrêté du 18 novembre 2014 fixant la liste des prestations de prévention. L'ensemble des actes de prévention est pris en charge au titre du contrat.

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). La période de prise en charge de 2 ans est réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs d'optique médicale et hors cas de renouvellement anticipé prévu par cet arrêté.

(4) Tels que définis par les textes réglementaires en vigueur relatifs au 100 % santé. Les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent pas être supérieurs aux prix limites de vente fixés par la réglementation et aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur.

(5) verres unifocaux simples de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère comprise entre -6 et + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre ≤ +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindriques avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 6 dioptries

verres unifocaux complexes de Classe B

- verre unifocal sphérique avec sphère hors zone de -6 à + 6 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -6 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère < -6 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre unifocal sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) > 6 dioptries

verres multifocaux ou progressifs complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère comprise entre -4 et +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre ≤ +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S (sphère + cylindre) ≤ 8 dioptries

verres multifocaux ou progressifs très complexes de Classe B

- verre multifocal ou progressif sphérique avec sphère hors zone de -4 à +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère comprise entre -8 et 0 dioptries et cylindre > +4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère < -8 dioptries et cylindre ≥ 0,25 dioptrie
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique avec sphère positive et S > 8 dioptries

(6) Les honoraires des dentistes seront progressivement plafonnés pour certaines prothèses et soins hors 100 % Santé (prothèses à honoraires maîtrisés) entre 2020 et 2022. Dans ce cas, les remboursements cumulés du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peuvent être supérieurs aux honoraires limites de facturation prévus par la convention dentaire en vigueur dès lors qu'ils ont pris effet.

(7) Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Pour les équipements de Classe II, remboursement dans la limite de 1700 €/appareil (remboursement du régime obligatoire inclus). Le remboursement comprend la prestation d'adaptation et de suivi.

(8) Participation du patient : il s'agit d'un ticket modérateur d'ordre public et forfaitaire (24 € en 2019). Il est dû par le patient au praticien pour tout acte technique dont le montant est supérieur à 120 €.

(9) Y compris pour l'adoption, versée après demande auprès du régime de base sur justificatif.

(10) Forfait patient urgences : participation forfaitaire de l'assuré en cas de passage aux urgences hospitalières non-suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Le montant du forfait est défini par arrêté. Son montant peut être réduit ou supprimé dans les cas prévus à l'article L. 160-13-1 du Code de la Sécurité sociale.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE (PAR BÉNÉFICIAIRE ET PAR AN)

INFORMATIONS ET SERVICES SANTÉ	
• Informations pratiques et juridiques	Inclus
• Informations par téléphone pour les adresses des professionnels de santé proches du domicile	Inclus
• Recherche et envoi d'un professionnel de santé	Inclus
• Réservation d'un lit en milieu hospitalier	Inclus
• Mise en relation avec un médecin	Inclus
• Soutien psychologique en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile	6 entretiens par événement
ASSISTANCE DE L'ENFANT MALADE (durée minimale de l'immobilisation 3 jours)	
• Garde d'enfant malade ou venue d'un proche	Frais de garde 30 heures ou frais de transport 2 fois par an par enfant
ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours)	
• Accompagnement administratif et social	Inclus
• Enfants mineurs de moins de 16 ans : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
• Ascendants : garde ou venue d'un proche, ou transfert chez un proche	Frais de garde 15 heures ou frais de transport 1 fois par an
ASSISTANCE AU RETOUR D'HOSPITALISATION OU EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE (durée minimale de l'hospitalisation 4 jours ou de l'immobilisation 10 jours)	
• Organisation et prise en charge de la venue d'un proche	Frais de transport 2 fois par an
• Aide-ménagère	10 heures réparties sur 30 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de repas*	1 livraison par jour pendant 15 jours 2 fois par an
• Recherche et livraison de médicaments*	6 livraisons par an
ASSISTANCE EN CAS DE DÉPLACEMENT EN FRANCE OU À L'ÉTRANGER	
• Avance de frais médicaux (à l'étranger)	7 500 € par événement
• Rapatriement médical (à plus de 100 km du domicile)	Frais de rapatriement par événement

* Garanties non cumulables avec l'aide-ménagère.

Pour bénéficier des services de l'assistance, le salarié devra, au moment de l'événement, contacter MUTUAIDE ASSISTANCE au 01 55 98 57 99.

Services disponibles 7 jours sur 7 - 24 heures sur 24 depuis la France et l'étranger.

TARIFS

Souscription à compter du 1^{er} janvier 2022

Tarif	Hors Alsace-Moselle	46,58 € mensuel
-------	---------------------	-----------------

information

Dans le cadre de la loi Évin, vous bénéficiez d'un tarif préférentiel la première année de souscription. Il est identique au tarif global appliqué aux salariés actifs de votre ancienne entreprise (y compris part patronale). Au-delà, il augmente progressivement dans les limites fixées par la réglementation.

- La deuxième année, votre tarif augmente de 25 % par rapport au tarif global appliqué aux salariés actifs.
- La troisième année, votre tarif augmente de 50 % par rapport au tarif global appliqué aux salariés actifs.
- Au-delà de la troisième année, votre tarif peut être révisé conformément aux dispositions figurant dans les Conditions générales valant Notice d'information de votre contrat.

Chaque année, vous recevez un courrier vous informant de votre nouvelle cotisation.