B00886

Garantie dite "responsable" **PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2025 - BXSAB00886 généré le 23/09/2024**

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE * Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	MUTUELLE * Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	**Total** y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %	+ 100 %	**200 %**
- Autres praticiens	70 %	30 %	+ 80 %	**180 %**
Actes de sages-femmes	70 %	30 %		**100 %**
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %		**100 %**
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55 %	45 %		**100 %**
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		**100 %**
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		**100 %**
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		**100 %**
SMR: Service Médical Rendu.				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %		**100 %**
- Autres praticiens	70 %	30 %		**100 %**
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70 %	30 %		**100 %**
- Autres praticiens	70 %	30 %		**100 %**
Examens de laboratoires	60 %	40 %		**100 %**
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %		**100 %**
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux			305 €	**305 €**
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %			**100 %**
+ Forfait supplémentaire achat véhicule pour personne handicapée physique			305 €	**305 €**
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (1)(2)				**100 % Santé**
Equipement à tarif libre (1)(2)	60 %	40 %		**100 %**
+ Forfait supplémentaire (1)(2)			700 €/Appareil	**700 €/Appareil**
Piles	60 %	40 %		**100 %**
(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. *(2) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.* *Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.*				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier (3)	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		**100 %**
+ Forfait supplémentaire			122 €	**122 €**
Frais d'accompagnant d'enfant de moins de 16 ans (cures prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire)			23 €/Jour	**23 €/Jour**
(3) Hébergement/Transport : pas de prise en charge.				
HOSPITALISATION				
HOSPITALISATION CHIRURGICALE				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %		**100 %**

B00886

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE * Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	MUTUELLE * Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	**Total** y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
HOSPITALISATION (suite)				
Honoraires médecins				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	**200 %**
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 80 %	**180 %**
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55% ou 100%	45 % ou 0 %		**100 %**
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	**Frais réels**
Chambre particulière avec nuitée (4)			50 €/Nuit	**50 €/Nuit**
Chambre particulière en ambulatoire (5)			15 €/Jour	**15 €/Jour**
Frais d'accompagnant (6)(7)(8)			23 €/Jour	**23 €/Jour**
HOSPITALISATION MEDICALE				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %		**100 %**
Honoraires médecins				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20 % ou 0 %		**100 %**
- Autres praticiens	80% ou 100%	20 % ou 0 %		**100 %**
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	55% ou 100%	45 % ou 0 %		**100 %**
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	**Frais réels**
Chambre particulière avec nuitée (4)(9)			50 €/Nuit	**50 €/Nuit**
Chambre particulière en ambulatoire (5)			15 €/Jour	**15 €/Jour**
Frais d'accompagnant (6)(7)(8)			23 €/Jour	**23 €/Jour**

Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :
- cures médicales en établissements de personnes âgées,
- ateliers thérapeutiques,
- instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel,
- centres de rééducation professionnelle
- services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.
(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
(5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
(6) Prise en charge limitée aux hospitalisations médicales et chirurgicales.
(7) Prise en charge limitée à 7 jours par année civile et par bénéficiaire pour les personnes de plus de 16 ans (20 ans pour un enfant handicapé).
(8) Concernent uniquement les frais de repas et /ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.
(9) Psychiatrie, convalescence et établissements spécialisés : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.

MATERNITE				
Chambre particulière avec nuitée (4)			50 €/Nuit	**50 €/Nuit**
Indemnité de naissance (10)			122 €	**122 €**

(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
(10) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.

OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (1)(11)(12)				
- Monture				**100 % Santé**
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				**100 % Santé**
- Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre				**100 % Santé**
Equipement à tarif libre (1)(11)(12)(13)				
- Monture (14)	60 %	100 € - RO		**100 €**
- Par verre dans le réseau KALIXIA (15)				
- Simple	60 %	80 €		**60 % + 80 €**
- Complexe	60 %	170 €		**60 % + 170 €**
- Très complexe	60 %	210 €		**60 % + 210 €**
- Par verre hors réseau				
- Simple	60 %	60 €		**60 % + 60 €**
- Complexe	60 %	120 €		**60 % + 120 €**

B00886

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE * Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	MUTUELLE * Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	**Total** y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
OPTIQUE (suite)				
- Très complexe	60 %	150 €		**60 % + 150 €**
- Supplément verres avec filtre	60 %	40 %		**100 %**
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	60 %	40 %		**100 %**
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	60 %	40 %		**100 %**
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 183 €/An		**100 % + 183 €/An**
Lentilles refusées par le régime obligatoire			183 €/An	**183 €/An**
Actes de chirurgie des yeux et/ou implants oculaires non pris en charge par le Régime Obligatoire (16)			183 €/Oeil	**183 €/Oeil**

(1) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
(11) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
(12) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).
(13) - Verres simples :
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.
- Verres complexes :
Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,
Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.
- Verres très complexes :
Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,
Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.
(14) RO: Remboursement du Régime Obligatoire
(15) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.
(16) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

DENTAIRE				
Soins	60 %	40 %		**100 %**
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (17)				**100 % Santé**
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maitrisés (17)				
- Prothèses fixes	60 %	40 %	+ 350 %	**450 %**
- Inlay-Core	60 %	40 %	+ 350 %	**450 %**
- Prothèses transitoires	60 %	40 %	+ 25 %	**125 %**
- Inlay onlay	60 %	40 %		**100 %**
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	+ 350 %	**450 %**
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	60 %	40 %	+ 350 %	**450 %**
- Inlay-core	60 %	40 %	+ 350 %	**450 %**
- Prothèses transitoires	60 %	40 %	+ 25 %	**125 %**
- Inlay onlay	60 %	40 %		**100 %**
- Prothèses amovibles	60 %	40 %	+ 350 %	**450 %**
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (18)			150 %	**150 %**
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	60% ou 100%	40 % ou 0 %	+ 100 %	**200 %**

B00886

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	MUTUELLE *		**Total** y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
DENTAIRE (suite)				
Implantologie (19)(20)			500 €/Implant	**500 €/Implant**
Les remboursements de la mutuelle : *- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),* *- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.* *(17) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.* *(18) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables.* *(19) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).* *(20) Prise en charge limitée à 1500€ par année civile et par bénéficiaire.*				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie et Acupuncture (19)(21)(22)(23)			30 €/Séance	**30 €/Séance**
(19) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). *(21) Prise en charge limitée à 3 séances par année civile et par bénéficiaire.* *(22) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.* *(23) Plafond commun.*				
CONTRACEPTION				
Pilule contraceptive du lendemain			46 €/An	**46 €/An**
PREVENTION				
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (24)(25)			40 €	**40 €**
Vaccin anti-grippal (19)			Frais réels	**Frais réels**
(24) Sur présentation de la prescription médicale. *(25) Par période de 2 ans et par bénéficiaire.* *(19) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).*				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	**Oui**
Assistance obsèques (voir notice d'information)			Oui	**Oui**
GARANTIE SUPPLEMENTAIRE				
Participation sur frais d'obsèques (26)			610 €	**610 €**
(26) Indemnité limitée aux frais réels.				

** CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE*

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

-déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L160-13 II du code de la sécurité sociale)

-déduction des franchises médicales (visées à l'article L160-13 III du code de la sécurité sociale)

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle du lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement santé (Forfait Patient Urgence).

- Les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (côtés DE par les professionnels de santé) ne sont pas pris en charge.

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.