

M INDÉPENDANT – Formule 5

TABLEAU DE GARANTIES



Les prestations de la Mutuelle incluent le remboursement préalable de la Sécurité sociale (remboursement dans la limite des frais réels engagés)

GARANTIES
Sécurité sociale + Mutuelle



HOSPITALISATION ET MATERNITÉ ⁽¹⁾

Honoraires et actes médicaux (anesthésie, chirurgie, obstétrique, imagerie) dispensés par des médecins adhérents à l'OPTAM ⁽²⁾	400 % BR
Honoraires et actes médicaux (anesthésie, chirurgie, obstétrique, imagerie) dispensés par des médecins non adhérents à l'OPTAM ⁽²⁾	200 % BR
Forfait Journalier Hospitalier ⁽³⁾	Frais réels
Forfait Patient Urgences	Frais réels
Frais de séjour, salle d'opération	100 % BR
Transports acceptés par la Sécurité sociale	100 % BR
Chambre particulière (limitée à 60 jours / an / bénéficiaire – y compris séjour ambulatoire hors psychiatrie)	120 € / jour
Frais de la personne accompagnant un enfant ou un adulte hospitalisé ⁽⁴⁾	80 € / jour
Participation forfaitaire aux actes médicaux lourds supérieurs à 120 €	Inclus
Allocation naissance ou adoption (par enfant si inscription en tant qu'ayant-droit dans les 3 mois)	400 €

(1) Établissements conventionnés ou non conventionnés : hospitalisation médicale, chirurgicale, à domicile, psychiatrie, maison de repos/réadaptation/convalescence. Le séjour doit être pris en charge par la Sécurité sociale et résulter d'une hospitalisation.

(2) Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO (dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée)

(3) Forfait Journalier Hospitalier selon le tarif en vigueur au 1er janvier de l'année, sans limitation de durée.

(4) Dès le 1er jour d'hospitalisation, si celle-ci dure au moins 24h. Forfait par jour illimité pour l'hospitalisation d'un enfant de moins de 18 ans, limité à 5 jours par hospitalisation pour un adulte de 18 ans et plus, pour les bénéficiaires inscrits au contrat.



SOINS DE VILLE / SOINS COURANTS

HONORAIRES ET MÉDICAMENTS

Honoraires et actes médicaux dispensés par des médecins adhérents à l'OPTAM ⁽¹⁾	400 % BR
Honoraires et actes médicaux dispensés par des médecins non adhérents à l'OPTAM ⁽¹⁾	200 % BR
Honoraires paramédicaux (auxiliaires dont infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Imagerie médicale pratiquée par des médecins adhérents à l'OPTAM ⁽¹⁾	300 % BR
Imagerie médicale pratiquée par des médecins non adhérents à l'OPTAM ⁽¹⁾	200 % BR
Consultations de psychologues dans le cadre du dispositif "Mon Soutien Psy" ⁽²⁾	Frais réels
Actes de télésurveillance médicale pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, conformément au dispositif du code de la Sécurité sociale	100 % BR
Participation forfaitaire aux actes médicaux lourds supérieurs à 120 €	Inclus
Médicaments remboursables ⁽³⁾ :	
• Médicaments remboursables – service médical rendu important (65 %)	100 % BR
• Médicaments remboursables – service médical rendu modéré (30 %)	100 % BR
• Médicaments remboursables – service médical rendu faible (15 %)	100 % BR

MATÉRIEL MÉDICAL ⁽⁴⁾

Petit appareillage :

Prothèses capillaires - renouvellement d'une prothèse capillaire après une période de 12 mois suivant la date de prise en charge précédente - délai également applicable pour la prise en charge de 3 accessoires

Prothèse capillaire (+ 1 accessoire textile inclus) 100 % Santé (Classe II) - dans la limite des prix limites de vente *	Remboursement total
• Autres prothèses capillaires (+1 accessoire textile inclus) "hors 100 % Santé" - dans la limite des prix limites de vente existants	250 % BR
• Accessoire capillaire (par lot de 3)	250 % BR
Autre petit appareillage	250 % BR

Gros appareillage :

Fauteuil roulant 100 % Santé - dans la limite des prix limites de vente *	Remboursement total
Location de courte durée d'un véhicule pour personne en situation de handicap ⁽⁵⁾	
Autre gros appareillage	250 % BR

Forfait supplémentaire :

Prothèses liées à la chimiothérapie : capillaires, mammaires et testiculaires sur prescription médicale (forfait supplémentaire lié au remboursement de la Sécurité sociale / an / bénéficiaire)	250 €
--	-------

(1) Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO (dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée)

(2) Consultations soumises à des prix limites de facturation dans la limite d'un nombre de séances par année civile et par bénéficiaire défini réglementairement

(3) Cette prise en charge s'applique aux montants facturés pour les médicaments ainsi qu'aux honoraires de dispensation y afférents facturés par les pharmaciens d'officine.

(4) Selon la nomenclature établie par le Régime Obligatoire.

* Soins, prothèses et équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente, des honoraires limites de facturation et des plafonds définis par la réglementation.

(5) Dans la limite du prix des forfaits de location hebdomadaires fixés par la réglementation et d'une durée de 6 mois consécutifs par année glissante



SOINS CONSERVATEURS, DE PRÉVENTION OU CHIRURGICAUX

Soins dentaires pratiqués par un chirurgien-dentiste / ou par un stomatologue adhérent à l'OPTAM en cabinet et milieu hospitalier ⁽¹⁾	220 % BR
Soins dentaires pratiqués par un chirurgien-dentiste / ou par un stomatologue non adhérent à l'OPTAM en cabinet et milieu hospitalier ⁽¹⁾	200 % BR
Examen bucco-dentaire de prévention et soins associés pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale	100 % BR

PROTHÈSES

Soins et prothèses 100 % Santé - défini selon la localisation de la dent et le matériau choisi - dans la limite des honoraires limites de facturation *	Remboursement total
Inlay / Onlay pratiqués par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾	400 % BR
Inlay / Onlay pratiqués par un chirurgien-dentiste ou un stomatologue non adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾	200 % BR
Inlay Core (pilier ou abutement / pivot) et prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	400 % BR

AUTRES ACTES NON REMBOURSÉS

Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	500 €
Implants dentaires y compris pilier (par dent - limité à 2 dents par an)	500 €
Parodontologie (forfait/an/bénéficiaire)	400 €

ORTHODONTIE

Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	350 % BR
Orthodontie refusée par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	400 €

PLAFOND ANNUEL (hors soins et prothèses 100% santé)

Plafond applicable sur les prothèses, inlay core, implants, parodontologie, orthodontie refusée par la Sécurité sociale. Montant/an/bénéficiaire (au-delà de ce plafond : remboursement à hauteur de 125 % BR pour les actes remboursés par la Sécurité sociale)	1800 €
---	--------

(1) Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est adhérent à l'OPTAM (dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée)

* Soins, prothèses et équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente, des honoraires limites de facturation et des plafonds définis par la réglementation.

Limité à la prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans ⁽¹⁾ sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Le montant du remboursement inclus le remboursement préalable de la Sécurité sociale.

ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ - MONTURE ET/OU VERRES DE CLASSE A - DANS LA LIMITE DES PRIX LIMITES DE VENTE *

Monture 100 % Santé Verres 100 % Santé (tous types de corrections) Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre	Remboursement total
--	----------------------------

ÉQUIPEMENT HORS 100 % SANTÉ MONTURE ET/OU VERRES DE CLASSE B

• Monture	100 €
• Verre simple (par verre)	130 €
• Verre complexe (par verre)	200 €
• Verre très complexe (par verre)	300 €
• Supplément verres avec filtre	100 % BR

AUTRES ACTES ET ÉQUIPEMENTS

Lentilles acceptées et refusées ⁽²⁾ par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	100 % BR + 250 €
Chirurgie réfractive (1x /œil/bénéficiaire)	400 € / œil
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verres correcteur par l'opticien	100 % BR
Autres suppléments pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR

(1) La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de facturation du dernier équipement optique quand l'achat fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale, dans la limite des plafonds réglementaires non cumulables pour l'équipement optique

* Soins, prothèses et équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente, des honoraires limites de facturation et des plafonds définis par la réglementation.

(2) Hors lentilles de couleurs et autres lentilles non correctives

AIDES AUDITIVES

Renouvellement d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation du dernier équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale ⁽¹⁾. Le montant du remboursement inclus le remboursement préalable de la Sécurité sociale.

Équipement 100 % Santé (aides auditives de classe I – dans la limite des prix limites de vente) *	Remboursement total
--	----------------------------

ÉQUIPEMENT HORS 100 % SANTÉ - AIDES AUDITIVES DE CLASSE II

• Aide auditive pour un adulte de 20 ans et plus (par oreille)	1200 €
• Aide auditive pour un enfant de moins de 20 ans (par oreille) ou un adulte déficient auditif souffrant de cécité	100 % BR
• Piles, accessoires et entretien de l'appareil auditif	250 % BR

(1) L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la 1ère année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

* Soins, prothèses et équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente, des honoraires limites de facturation et des plafonds définis par la réglementation.

PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES, BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION
PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES BIEN-ÊTRE

Pratiques complémentaires ⁽¹⁾ : ostéopathe, pédicure, psychologue ou psychothérapeute, diététicien, psychomotricien, chiropracteur, ergothérapeute...	40 € / séance Limité à 4 séances par an
--	--

PRÉVENTION

Vaccin antigrippe	Frais réels
Vaccins et analyses non remboursées par la Sécurité sociale – sur prescription médicale (forfait/an/bénéficiaire)	80 €
Actes de prévention dans le cadre des contrats responsables	Inclus

LES CURES THERMALES

Cures thermale remboursées par la Sécurité sociale (forfait/an/bénéficiaire)	100 % BR + 300 €
--	-------------------------

(1) Remboursement sur réception de la facture acquittée sous réserve qu'elle comporte le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.