

CIRCÉ SURCO NON RESPONSABLE

- Vous avez la possibilité de prendre plus (+) ou moins (-) deux niveaux d'écart au maximum par rapport au niveau choisi pour le module « Hospitalisation ». Dès lors le délai de carence de 6 mois sera appliqué sur les modules D (Dentaire), H (Hospitalisation) et O (Optique).
- Si vous souscrivez le niveau H4 ou H5 ou H6, le niveau de garanties le plus élevé sera appliqué sur le module PMD (Pack Médecine Douce).
- Si vous souscrivez le niveau H5 ou H6, le niveau de garanties le plus élevé sera appliqué sur le module A (Audioprothèse).
- Souscrire obligatoirement un niveau dans chacun des modules. Tous les modules doivent être souscrits.

Module A	Remboursements Mutuelle		
	A 1	A 2	A 3
▶ AUDIOPROTHÈSES			
Aides auditives (Par oreille) ^(1*)	+50%	+100%	+150%
Forfait annuel Auditif (prothèses auditives, piles et entretien) ^(1*)	150 €	250 €	300 €

Module D	D 1	D 2	D 3	D 4	D 5	D 6
▶ DENTAIRE (délai de carence de 6 mois)						
SOINS						
Soins, radios et actes techniques	-	+25%	+25%	+50%	+75%	+100%
PROTHÈSES ⁽¹⁾						
Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires	+50%	+75%	+125%	+175%	+275%	+375%
Inlay-Core	+50%	+75%	+80%	+80%	+80%	+80%
DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR RO						
Implants, prothèses refusées, orthodontie refusée et parodontologie	100 €	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €
Plafond par bénéficiaire et par année de souscription glissante (hors soins, radios et actes techniques)						
- Les 2 premières années du contrat	-	800 €	1000 €	1250 €	1500 €	2000 €
- À partir de la 3ème année du contrat	-	1200 €	1500 €	1875 €	2250 €	3000 €
ORTHODONTIE						
Orthodontie acceptée par le RO	+50%	+75%	+125%	+175%	+275%	+375%

Module H	H 1	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6
▶ HOSPITALISATION (délai de carence de 6 mois)						
HONORAIRES						
Soins - Honoraires (secteur conventionné et non conventionné)	+25%	+50%	+75%	+125%	+175%	+275%
SÉJOUR ET AUTRES FRAIS						
Chambre particulière avec hébergement en chirurgie, médecine et maternité (durée illimitée) ⁽²⁾	Limité à 50 € / jour	Limité à 65 € / jour	Limité à 80 € / jour	Limité à 90 € / jour	Limité à 100 € / jour	Limité à 125 € / jour
Chambre particulière sans hébergement (limitée à 10 jours/an)	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour
Frais d'accompagnement (lit et repas hospitaliers) pour un conjoint, un ascendant ou descendant en chirurgie et médecine (maxi 30 jours/an)	-	Limité à 20 € / jour	Limité à 20 € / jour	Limité à 25 € / jour	Limité à 25 € / jour	Limité à 30 € / jour
Frais de connectivité ^(2*) (maxi : 152,45 €/an)	1,52 € /jour	1,52 € /jour	1,52 € /jour	1,52 € /jour	1,52 € /jour	1,52 € /jour
▶ ACCIDENT ^(2**)						
Individuelle Décès Accident	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €
▶ FRAIS D'OBSÈQUES ^(2**)						
Participation forfaitaire pour frais funéraires	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
▶ PROTECTION JURIDIQUE ^(2**)						
Garanties de la Protection Juridique « PJ » :						
- Assistance téléphonique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
- Gestion amiable de litiges						
- Prise en charge des frais de procédure judiciaire						
▶ DÉPENDANCE ^(2**)						
Autonomie Santé :						
- Capital en cas de Dépendance Totale	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
▶ COUPS DURS ^(2**)						
Indemnités « Coups Durs » en cas de :						
- Perte d'emploi	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

- Arrêt de travail - Hospitalisation suite à accident - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie						
➤ SECOND AVIS MÉDICAL	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ ASSISTANCE (<i>mobilité et à domicile</i>)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ SERVICE TCHAT	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ TÉLÉCONSULTATION	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ CARTE AVANTAGES : (2**)						
Tout comme un vrai comité d'entreprise, ce sont des centaines de bons plans et de réductions sur : - Vos loisirs - Vos envies - La culture (<i>cinéma, spectacles, concerts etc.</i>) - Les produits de vos artisans et commerçants locaux	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ SOINS À L'ÉTRANGER (3)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Module O	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	O 6
➤ OPTIQUE (<i>délai de carence de 6 mois</i>)						
ÉQUIPEMENTS ET FRAIS D'OPTIQUE (3*)						
Forfait enfant (-16 ans) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 1 an						
a) Monture avec verres simples	+25 €	+50 €	+75 €	+125 €	+175 €	+250 €
b) Monture avec un verre simple (a) et un verre complexe ou très complexe (c)	+35 €	+75 €	+125 €	+175 €	+235 €	+300 €
c) Monture avec verres complexes ou très complexes	+50 €	+100 €	+175 €	+225 €	+300 €	+375 €
Forfait adulte (16 ans et +) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans						
a) Monture avec verres simples	+25 €	+50 €	+75 €	+125 €	+175 €	+250 €
b) Monture avec un verre simple (a) et un verre complexe ou très complexe (c)	+35 €	+75 €	+125 €	+175 €	+235 €	+300 €
c) Monture avec verres complexes ou très complexes	+50 €	+100 €	+175 €	+225 €	+300 €	+375 €
Forfait annuel chirurgie réfractive (<i>myopie, presbytie, hypermétropie</i>) (<i>par œil</i>)	-	-	300 €	400 €	475 €	600 €

Module S	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6
➤ SOINS COURANTS (<i>Secteur Conventionné et Non Conventionné</i>)						
HONORAIRES PARAMÉDICAUX						
Auxiliaires médicaux	+25%	+50%	+75%	+100%	+125%	+175%
HONORAIRES MÉDICAUX						
Consultations, visites généralistes	+25%	+50%	+75%	+100%	+100%	+100%
Consultations, visites spécialistes	+25%	+50%	+75%	+100%	+125%	+175%
Actes techniques	-	+25%	+25%	+50%	+50%	+75%
Radiologie	-	+25%	+25%	+50%	+50%	+75%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES						
Analyses laboratoire acceptées	-	+25%	+25%	+50%	+50%	+75%
MATÉRIEL MÉDICAL						
Petit appareillage ⁽⁴⁾	+50%	+100%	+150%	+150%	+150%	+150%
Grand appareillage ⁽⁴⁾	+50%	+100%	+150%	+150%	100%	+150%
Dispositifs médicaux à usage individuel ⁽⁴⁾	+50%	+100%	+150%	+150%	+150%	+150%
Pansements ⁽⁴⁾	+50%	+100%	+150%	+150%	+150%	+150%
Orthopédie	+50%	+100%	+150%	+150%	+150%	+150%
TRANSPORT						
Transport	-	+25%	+25%	+50%	+100%	+100%

Modules PMD	PMD 1	PMD 2
BIEN-ÊTRE - PRÉVENTION SANTÉ (forfait par année civile et par bénéficiaire)		
Chiropractie, ostéopathie, acupuncture, étiopathie, diététicien, psychologue (hors dispositif «Mon Psy»), psychomotricité, ergothérapie, pédicure-podologue, naturopathie, sophrologie, microkinésithérapie, reconstruction posturale (méthodes Mézières), kinésiologie, hypnose, réflexologie, auriculothérapie, bioénergie et neurostimulation électrique transcutanée, shiatsu, aromathérapie, nutritionniste, psychothérapie, sexothérapeute/sexologue, phytothérapie, oligothérapie, nutrithérapie, coach sportif, coach en développement personnel, art-thérapie, musicothérapie, drainage lymphatique, olfactothérapie, thérapie de couple ⁽⁵⁾	50 €	50 € par acte dans la limite du forfait annuel de 100 €
Médicaments prescrits ou non et non remboursés par la Sécurité Sociale (<i>y compris la contraception féminine et masculine, les anneaux et patchs contraceptifs, médicaments homéopathiques</i>) : Huiles essentielles, Compléments alimentaires, Probiotiques, Huiles et produits détox, Huiles de CBD, Gélules CBD - Par an et par bénéficiaire ⁽⁶⁾	50 €	100 €
Analyses, examens et radiologie prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (<i>Par an et par bénéficiaire</i>)	50 €	100 €
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale	50 €	100 €
Densitométrie osseuse	100% du TRSS + 65 € par an	100% du TRSS + 65 € par an
Vaccin antigrippal	100% du TRSS	100% du TRSS
CURE THERMALE		
Forfait annuel soins, hébergement (hors restauration) et transport	200 €	350 €

CE QU'IL FAUT SAVOIR

RO : Régime Obligatoire
OPTAM/OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgie Obstétrique)

- Le remboursement des dépenses par la Mutuelle ne peut en aucun cas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.**
- Les garanties s'expriment soit en euros, soit en pourcentage.**
- Sauf mention contraire, les forfaits et plafonds annuels s'appliquent par bénéficiaire et par année civile.**
- Les avenants de changement de Niveau ne sont pas possibles en cours d'année.**
- Les contrats de complémentaire santé non-responsable et/ou de sur complémentaire santé non-responsables liquident les garanties en dehors de toute référence à la réglementation propre au 100% santé.**
- Ces contrats excluent donc toute prise en charge en lien avec les « paniers ou équipements de soins reste à charge zéro »**

(1)

Au sujet des garanties dentaires, les remboursements des actes concernés par un dépassement d'honoraires et/ou non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (tels que implants et parodontologie) sont conditionnés par :

- un accord d'entente préalable du Service de Conseil dentaire de la Mutuelle,
- la fourniture éventuelle d'éléments complémentaires (radios pré, per et post-opératoires, bilan parodontal, déclaration de conformité...).

Ces pièces, parties intégrantes de votre dossier médical, peuvent vous être demandées par notre chirurgien-dentiste consultant, garant du secret médical, selon la nature du plan de traitement établi par votre praticien traitant.

- (1*) Tels que définis réglementairement et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins et dans la limite du plafond du contrat responsable.
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive peut être fait à l'échéance d'une période de 4 ans suivant la précédente délivrance. Pour le renouvellement, le remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé est soumis à certaines conditions :
- L'appareil auditif actuel n'est plus adapté ou fonctionnel ;
 - Le délai de garantie de 4 ans de l'appareil est passé ;
 - Vous bénéficiez d'une prescription médicale.

Pour renouveler la prise en charge de vos appareils auditifs, une prescription médicale établie par un oto-rhino-laryngologiste (ORL) est nécessaire.

Attention : les prothèses auditives sont prises en charge par l'Assurance maladie à condition qu'elles appartiennent à une catégorie inscrite sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursés.

Votre mutuelle conditionne le remboursement de toute prestation d'audioprothèse à la réception des pièces suivantes :

- La copie de l'ordonnance de prescription des audioprothèses par l'ORL,
- La copie du tracé et du compte-rendu du dernier audiogramme réalisé,
- La copie des 2 devis que l'audioprothésiste vous a transmis, l'un des devis doit obligatoirement concerner une aide auditive de classe 1 (offre 100% Santé),
- Tout document jugé nécessaire par la mutuelle pour l'instruction de votre dossier.

Désormais, les aides auditives sont réparties en deux catégories :

- Les aides auditives de classe 1 (offre 100% Santé) : elles permettent aux assurés de prétendre à une offre exonérée de reste à charge.
- Les aides auditives de classe 2 (en dehors du 100% Santé) : ce sont des dispositifs médicaux à prix libres. Ils ne permettent pas de garantir une absence de reste à charge.

Les prestations de suivi qui sont attachées à ces aides auditives sont comprises dans le prix d'achat de l'équipement.

- (2) Exclue en maison de repos, de convalescence, rééducation fonctionnelle, moyen séjours, psychiatrie.

- (2*) Forfait Connectivité : la mutuelle vous propose la prise en charge d'un Forfait Connectivité qui correspond au frais d'abonnement pour l'accès à un téléviseur, à un téléphone fixe ou encore à Internet dans votre chambre lors de votre hospitalisation et facturé par l'établissement de soins. Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en maternité, en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermique.

- (2**) Les prestations sont versées par année civile et par bénéficiaire.

- (3) **SOINS À L'ÉTRANGER :**
La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, en Corse, ainsi que dans les DROM.
- Cas des sinistres survenus à l'étranger

La garantie du contrat s'étend aux maladies et accidents survenus à l'étranger si les deux conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- si les soins ont été prodigués au cours d'un séjour temporaire de moins de 3 mois hors de la France métropolitaine, de la Corse et des DROM ;
- et, si les soins ont fait l'objet d'une prise en charge par un Régime obligatoire de Sécurité Sociale français, ou par un Régime obligatoire relevant de la Carte européenne dans la zone Union Européenne, Espace Économique Européen, ou en Suisse.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle prend en charge les dépenses exposées :

- à hauteur du ticket modérateur, sur la base du décompte de la Caisse de Régime obligatoire de Sécurité Sociale française, ou de celui du pays dans lequel les soins ont été réalisés ;
- sur présentation de tout justificatif utile au versement de la prise en charge tels que copies du formulaire s3125 de déclaration de soins reçus à l'étranger (destiné au régime de base obligatoire), des ordonnances, de factures diverses acquittées, frais de transport, etc... (liste non exhaustive), ou de toute autre pièce complémentaire demandée par la Mutuelle. La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle intervient dans les limites suivantes :

- S'agissant des frais d'hospitalisation à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale française, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera une indemnité de 100 € (cent euros) par journée d'hospitalisation, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1500 € (mille cinq cents euros).
- S'agissant de frais dentaires à l'étranger :
 - Si les frais dentaires ont été engagés dans l'un des pays frontaliers suivants (Allemagne, Belgique, Luxembourg, Italie, Espagne), et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, le remboursement de la Mutuelle s'effectuera conformément aux garanties souscrites telles que figurant dans le tableau contractuel des garanties, et ce, toujours dans la limite des frais engagés (application des limites de garanties et des plafonds annuels, le cas échéant).
 - Si les frais dentaires ont été engagés dans un pays non cité précédemment, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle Assureur, cette dernière versera un forfait de 200 € (deux-cents euros) par prothèse et/ou implant, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1 000 € (mille euros).
- S'agissant de frais optiques à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 € (cents euros) par équipement ou 50 € (cinquante euros) par paire de lentilles, dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.
- S'agissant de frais d'audioprothèse à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 €

(cents euros) par prothèse (oreille), dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.

La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

(3*) Tels que définis réglementairement.

Conditions de renouvellement d'un équipement optique :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 3 décembre 2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Remboursement d'un verre neutre : le remboursement d'un verre neutre (sans correction) hors du panier 100% Santé (classe B) se fera à hauteur du remboursement du verre simple.

Définition des types de verres : (au sens de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale) :

- **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 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.

(4) Petit Appareillage :

- Orthèses et prothèses externes

Grand appareillage :

- Véhicules pour handicapés physiques (1 fois tous les 5 ans). Les frais de réparation sont limités au ticket modérateur.
- Prothèses externes non orthopédiques
- Prothèses oculaires et faciales
- Podo-orthèses
- Orthoprothèses

Dispositifs médicaux à usage individuel :

- Dispositifs médicaux pour le traitement des maladies respiratoires
- Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile
- Dispositifs médicaux pour auto-traitement ou autocontrôle
- Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil uro-génital
- Produits pour nutrition et matériels d'administration
- Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur
- Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers
- Lits et matériels pour lits
- Dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie
- Postiche

Les prothèses capillaires appartenant à la classe reste à charge nul (RAC 0) sont prises en charge intégralement dans la limite du prix limite (PLV) de vente fixé par les textes officiels à la date des soins et tels que défini réglementairement.

Les prothèses capillaires appartenant à la classe hors reste à charge 0 (HORS RAC 0) sont remboursées à hauteur du remboursement indiqué dans le tableau de garantie.

La prise en charge financière d'une prothèse capillaire s'accompagne de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue.

Pansements :

- Articles pour pansements et matériels de contention

(5) (5) Sur présentation d'une facture nominative acquittée permettant d'identifier le nom et la qualité du professionnel de santé.

(6) La mutuelle se réserve le droit de refuser tout remboursement d'un produit et /ou dispositif n'étant pas destiné, par son fabricant, à être utilisé à des fins de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie, pathologie ou blessure.

Le Code de la Santé publique (article L.5111-1) définit le médicament comme: « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. »

Le médicament obéit à une réglementation contraignante et s'inscrit dans un circuit de fabrication et de mise à disposition des professionnels et des patients très encadré et strictement surveillé.

Le médicament contient :

- un principe actif, substance d'origine chimique ou naturelle caractérisée par un mécanisme d'action curatif ou préventif précis dans l'organisme,
- des excipients, substances d'origine chimique ou naturelle qui facilitent l'utilisation du médicament, mais ne présentent pas d'effet curatif ou préventif.

Vous pouvez retrouver l'ensemble de vos contrats et la possibilité de souscription de nouvelles garanties depuis votre espace adhérent
<https://mawebmutuelle.fr/>