

## CIRCÉ SURCO RESPONSABLE

## Module HOSPITALISATION

## Remboursements Mutuelle

	H 1	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6
<b>➤ HOSPITALISATION</b> (Secteur conventionné et non conventionné)						
<b>HONORAIRES</b>						
Soins - Honoraires (secteur conventionné et non conventionné) signataire OPTAM/OPTAM-CO	+25%	+50%	+75%	+125%	+175%	+275%
Soins - Honoraires (secteur conventionné et non conventionné) non-signataire OPTAM/OPTAM-CO	+5%	+30%	+55%	+100%	+100%	+100%
<b>SÉJOUR ET AUTRES FRAIS</b>						
Chambre particulière avec hébergement en chirurgie, médecine et maternité (durée illimitée) <sup>(1)</sup>	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, 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 <sup>(1*)</sup> (maxi : 152,45 € par an)	1,52 € / jour	1,52 € / jour	1,52 € / jour	1,52 € / jour	1,52 € / jour	1,52 € / jour
<b>➤ SOINS ET HONORAIRES MÉDICAUX</b> (Secteur conventionné et non conventionné)						
<b>TRANSPORT</b>						
Transport	-	+25%	+25%	+50%	+100%	+100%
<b>➤ ACCIDENT</b> <sup>(1**)</sup>						
Individuelle Décès Accident	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €
<b>➤ FRAIS D'OBSÈQUES</b> <sup>(1**)</sup>						
Participation forfaitaire pour frais funéraires	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
<b>➤ PROTECTION JURIDIQUE</b> <sup>(1**)</sup>						
Garanties de la Protection Juridique « PJ » : - Assistance téléphonique - Gestion amiable de litiges - Prise en charge des frais de procédure judiciaire	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>➤ DÉPENDANCE</b> <sup>(1**)</sup>						
Autonomie Santé : - Capital en cas de Dépendance Totale	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
<b>➤ COUPS DURS</b> <sup>(1**)</sup>						
Indemnités « Coups Durs » en cas de : - Perte d'emploi - Arrêt de travail - Hospitalisation suite à accident - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>➤ SECOND AVIS MÉDICAL</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>➤ SERVICE TCHAT</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>➤ TÉLÉCONSULTATION</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>➤ ASSISTANCE</b> (mobilité et à domicile)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>➤ CARTE AVANTAGES</b> <sup>(1**)</sup>						
Tout comme un vrai comité d'entreprise, ce sont des centaines de bons plans et de réductions sur : - Vos loisirs - Vos envies - La culture (cinéma, spectacles, concerts etc.) - Les produits de vos artisans et commerçants locaux	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>➤ SOINS A L'ÉTRANGER</b> <sup>(1***)</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

## Module SOINS COURANTS

S 1

S 2

S 3

S 4

S 5

S 6

<b>➤ SOINS ET HONORAIRES MÉDICAUX</b> (Secteur conventionné et non conventionné)						
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b>						
Auxiliaires médicaux	+25%	+50%	+75%	+100%	+125%	+175%
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>						
Consultations, visites généralistes signataires OPTAM/OPTAM-CO	+25%	+50%	+75%	+100%	+100%	+100%
Consultations, visites généralistes non-signataires OPTAM/OPTAM-CO	+5%	+30%	+55%	+80%	+80%	+80%
Consultations, visites spécialistes signataires OPTAM/OPTAM-CO	+25%	+50%	+75%	+100%	+125%	+175%
Consultations, visites spécialistes non-signataires OPTAM/OPTAM-CO	+5%	+30%	+55%	+80%	+100%	+100%

Actes techniques signataires OPTAM/OPTAM-CO	-	+25%	+25%	+50%	+50%	+75%
Actes techniques non-signataire OPTAM/OPTAM-CO	-	+5%	+5%	+30%	+30%	+55%
Radiologie signataire OPTAM/OPTAM-CO	-	+25%	+25%	+50%	+50%	+75%
Radiologie non-signataire OPTAM/OPTAM-CO	-	+5%	+5%	+30%	+30%	+55%
<b>ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES</b>						
Analyses laboratoires acceptées	-	+25%	+25%	+50%	+50%	+75%

<b>Module APPAREILLAGE</b>	<b>A 1</b>	<b>A 2</b>	<b>A 3</b>
<b>SOINS ET HONORAIRES MÉDICAUX</b> <i>(Secteur conventionné et non conventionné)</i>			
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b> <sup>(2)</sup>			
Appareillage	+50%	+100%	+150%
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
<b>ÉQUIPEMENTS À PRIX LIBRE</b> <sup>(2*)</sup>			
Audioprothèses Classe II <i>(par oreille)</i>	+50%	+100%	+150%
Forfait annuel aides auditives classe II par oreille <i>(prothèses auditives, piles et entretien)</i>	150 €	250 €	300 €
<b>ORTHODONTIE ADULTE</b>			
Forfait annuel orthodontie pour les assurés âgés au moins de 19 ans	600 €	800 €	1 000 €

<b>Module DENTAIRE</b>	<b>D 1</b>	<b>D 2</b>	<b>D 3</b>	<b>D 4</b>	<b>D 5</b>	<b>D 6</b>
<b>DENTAIRE</b> <i>(Délai de carence de 6 mois à partir de D3)</i> <i>Pendant le délai de carence, les remboursements s'effectuent aux conditions du niveau D2.</i>						
<b>SOINS</b>						
Soins, radios et actes techniques	-	+25%	+25%	+50%	+75%	+100%
<b>PROTHÈSES</b> <sup>(3)</sup>						
Prothèses mobiles et fixes remboursées par le RO - Hors Panier 100% santé <i>(sauf Inlay-Core)</i>	+50%	+75%	+125%	+175%	+275%	+375%
Inlay-Core - Hors Panier 100% santé	+50%	+75%	+80%	+80%	+80%	+80%
<b>DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR LE RO</b> <i>(implants et éléments intermédiaires, prothèses refusées, orthodontie refusée et parodontologie)</i>						
Dentaire non remboursé par le RO <i>(implants et éléments intermédiaires, prothèses refusées, orthodontie refusée et maladies parodontales)</i>	100 €	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €
<b>Plafond par bénéficiaire et par année de souscription glissante</b> <i>(hors soins, radios et actes techniques)</i> <sup>(3*)</sup>						
Les 2 premières années du contrat	-	800 €	1 000 €	1 250 €	1 500 €	2 000 €
À partir de la 3ème année du contrat	-	1 200 €	1 500 €	1 875 €	2 250 €	3 000 €
<b>ORTHODONTIE</b>						
Orthodontie acceptée par le RO	+50%	+75%	+125%	+175%	+275%	+375%

<b>Module OPTIQUE</b>	<b>O 1</b>	<b>O 2</b>	<b>O 3</b>	<b>O 4</b>	<b>O 5</b>	<b>O 6</b>
<b>OPTIQUE</b> <i>(Délai de carence 6 mois à partir de O3)</i> <i>Pendant le délai de carence, les remboursements s'effectuent aux conditions du niveau O2.</i>						
<b>ÉQUIPEMENTS ET FRAIS D'OPTIQUE À PRIX LIBRE</b> <sup>(4)</sup>						
Forfait enfant (-16 ans) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 1 an						
<b>a)</b> Monture, verres simples	+25 €	+50 €	+75 €	+125 €	+175 €	+250 €
<b>b)</b> Monture + 1 verre simple <b>(a)</b> + 1 verre complexe ou très complexe <b>(c)</b>	+35 €	+75 €	+125 €	+175 €	+235 €	+300 €
<b>c)</b> Monture, 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						
<b>a)</b> Monture, verres simples <b>(a)</b>	+25 €	+50 €	+75 €	+125 €	+175 €	+250 €
<b>b)</b> Monture + 1 verre simple <b>(a)</b> + 1 verre complexe ou très complexe <b>(c)</b>	+35 €	+75 €	+125 €	+175 €	+235 €	+300 €
<b>c)</b> Monture, verres complexes ou très complexes	+50 €	+100 €	+175 €	+225 €	+300 €	+375 €
Forfait annuel chirurgie de l'œil <i>(myopie, presbytie, hypermétropie)</i> non remboursé par le RO <i>(par œil)</i>	-	-	300 €	400 €	475 €	600 €

<b>Pack CONFORT</b>	<b>PC 1</b>	<b>PC 2</b>
<b>CURE THERMALE</b>		
Forfait annuel soins, hébergement <i>(hors restauration)</i> et transport	200 €	350 €
<b>GARANTIES NOUVELLES</b> <i>(Forfait annuel par bénéficiaire)</i>		
Forfait annuel pédicures/podologues <i>(maxi 30 € / séance)</i>	120 €	180 €
Pharmacie prescrite non remboursée	100 €	150 €

# Pack MÉDECINE DOUCE

	PMD 1	PMD 2
BIEN-ÊTRE - PRÉVENTION SANTÉ (forfait par année civile et par bénéficiaire)		
Actes d'acupuncture, d'ostéopathie, d'homéopathie, de diététique, de chiropractie, de psychologie (hors dispositif "Mon Psy"), sophrologie, de naturopathie, d'hypnose, de shiatsu, d'aromathérapie, de nutritionniste, de sexothérapeute/sexologue, de phytothérapie, d'oligothérapie, de nutrithérapie, de coach sportif, de coach en développement personnel, d'art-thérapie, de musicothérapie, de drainage lymphatique, d'olfactothérapie et de thérapie de couple (sur présentation facture acquittée; toutes ces thérapies sont limitées à 4 consultations / an) <sup>(5)</sup>	30 € par consultation	35 € par consultation
Médicaments homéopathiques, produits de phytothérapie, vaccins, contraception, huiles essentielles, compléments alimentaires, probiotiques, huiles et produits détox, huiles de CBD et gélules CBD prescrits ou non et non remboursés par la Sécurité sociale par bénéficiaire (sur présentation de facture acquittée) <sup>(6)</sup>	50 € par an	80 € par an

## CE QU'IL FAUT SAVOIR

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

- (1) Exclue en maison de repos, de convalescence, rééducation fonctionnelle, moyen séjours, psychiatrie.
- (1\*) Forfait Connectivité : la mutuelle propose la prise en charge d'un Forfait Connectivité qui correspond aux 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 centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermique.
- (1\*\*) Les prestations sont versées par année civile et par bénéficiaire.
- (1\*\*\*) 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 un reste à 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.

- (2) Véhicules pour handicapés physiques (1 tous les 5 ans). Les frais de réparation sont limités au ticket modérateur.

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 définis 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.

- (2\*) Tels que définis règlementairement, 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. »

- (3) tels que définis règlementairement.
- 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.

- (3\*) Pour l'ensemble des traitements - Hors Panier 100% Santé (prothèses dentaires, implantologie et parodontologie remboursées par la Sécurité sociale), la participation est limitée par année de souscription glissante et par bénéficiaire. Lorsque le plafond annuel est atteint, le montant de la prise en charge est limité à 100% du TRSS.

- (4) Tels que définis règlementairement.  
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 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.

(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.

- Les remboursements indiqués ci-dessus sont calculés en pourcentage de la base du remboursement du Régime Obligatoire et NE comprennent PAS ceux effectués par ce dernier.
- 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 garanties du contrat santé ci-dessus respectent l'ensemble des règles des contrats solidaires et responsables.

- Il bénéficie du Tiers Payant généralisé, à hauteur du tarif de responsabilité, pour les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables.
- En cas de refus d'un médicament générique ou de non-respect du parcours des soins coordonnés, le Tiers Payant est facultatif.
- Il respecte la réglementation liée au parcours de soins.

**ACTES DE PRÉVENTION** : Ostéodensitométrie, Vaccinations : Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite de tous âges.

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