

[illegible]

Module 2

|   | Niveau 1      | Niveau 2      | Niveau 3      | Niveau 4      | Niveau 5      | Niveau 6      | Niveau 7      |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| ▶ OPTIQUE <sup>(3)</sup>  |               |               |               |               |               |               |               |
| ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ  |               |               |               |               |               |               |               |
| Équipements de Classe A (monture et verres)<br>Reste à charge nul (y compris suppléments optiques médicaux) | Frais engagés | Frais engagés | Frais engagés | Frais engagés | Frais engagés | Frais engagés | Frais engagés |
| ÉQUIPEMENTS ET FRAIS D'OPTIQUE À PRIX LIBRE   |               |               |               |               |               |               |               |
| Équipement Classe B : Monture   | 30 €          | 50 €          | 80 €          | 100 €         | 100 €         | 100 €         | 175 €         |
| Équipement Classe B : Verre classique (par verre)   | 35 €          | 55 €          | 70 €          | 120 €         | 145 €         | 160 €         | 200 €         |
| Équipement Classe B : Verre complexe (par verre)  | 85 €          | 120 €         | 150 €         | 230 €         | 270 €         | 300 €         | 350 €         |
| Équipement Classe B : Verre très complexe (par verre)   | 85 €          | 125 €         | 160 €         | 250 €         | 310 €         | 350 €         | 400 €         |
| Bonus optique   | Oui           | Oui           | Oui           | Oui           | Non           | Non           | Non           |
| Forfait annuel lentilles remboursées ou non par le RO *   | 50 €          | 75 €          | 150 €         | 200 €         | 250 €         | 300 €         | 350 €         |
| Forfait annuel chirurgie de l'œil non remboursée par le RO (par œil)  | -             | 250 €         | 300 €         | 350 €         | 400 €         | 500 €         | 600 €         |

Module 3

|   | Niveau 1      | Niveau 2                                      | Niveau 3                                      | Niveau 4                                      | Niveau 5                                      | Niveau 6                                      | Niveau 7                                       |
|---|---------------|---|---|---|---|---|--|
| ▶ DENTAIRE (forfait annuel par bénéficiaire)  |               |   |   |   |   |   |  |
| SOINS   |               |   |   |   |   |   |  |
| Soins, actes d'imagerie et de chirurgie   | 100% du TRSS  | 100% du TRSS                                  | 100% du TRSS                                  | 100% du TRSS                                  | 100% du TRSS                                  | 100% du TRSS                                  | 100% du TRSS                                   |
| Inlays, Onlays et Overlays  | 115% du TRSS  | 135% du TRSS                                  | 180% du TRSS                                  | 180% du TRSS                                  | 180% du TRSS                                  | 180% du TRSS                                  | 180% du TRSS                                   |
| PROTHÈSES 100% SANTÉ <sup>(4)</sup>   |               |   |   |   |   |   |  |
| Prothèses dentaires remboursées par le RO - Panier 100% Santé   | Frais engagés | Frais engagés                                 | Frais engagés                                 | Frais engagés                                 | Frais engagés                                 | Frais engagés                                 | Frais engagés                                  |
| Plafond annuel par bénéficiaire - Hors Panier 100% santé **   | 500 €         | 1 000 €                                       | 1 500 €                                       | 2 000 €                                       | 2 500 €                                       | 3 000 €                                       | 3 500 €  |
| PROTHÈSES HORS PANIER 100% SANTÉ <sup>(5)</sup>   |               |   |   |   |   |   |  |
| Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires (Hors Panier 100% santé)                                     | 125% du TRSS  | 200% du TRSS                                  | 250% du TRSS                                  | 350% du TRSS                                  | 400% du TRSS                                  | 500% du TRSS                                  | 600% du TRSS                                   |
| Inlays Core - (Hors Panier 100% santé)  | 125% du TRSS  | 150% du TRSS                                  | 200% du TRSS                                  | 200% du TRSS                                  | 200% du TRSS                                  | 200% du TRSS                                  | 200% du TRSS                                   |
| IMPLANTOLOGIE ET PARODONTOLOGIE NON REMBOURSÉES PAR LE RO   |               |   |   |   |   |   |  |
| Plafond annuel implants et/ou éléments intermédiaires   | -             | 250 €   | 350 €   | 400 €   | 500 €   | 800 €   | 1 000 €  |
| Forfait implant et/ou élément intermédiaire dans la limite du plafond annuel implants et/ou éléments intermédiaires | -             | 250 € par implant et/ou élément intermédiaire | 350 € par implant et/ou élément intermédiaire | 400 € par implant et/ou élément intermédiaire | 500 € par implant et/ou élément intermédiaire | 800 € par implant et/ou élément intermédiaire | 1000 € par implant et/ou élément intermédiaire |
| Plafond annuel maladies parodontales  | -             | 250 €   | 300 €   | 350 €   | 400 €   | 450 €   | 500 €  |
| Forfait maladies parodontales dans la limite du plafond annuel maladies parodontales                                | -             | 250 € par an                                  | 300 € par an                                  | 350 € par an                                  | 400 € par an                                  | 450 € par an                                  | 500 € par an                                   |
| ORTHODONTIE   |               |   |   |   |   |   |  |
| Orthodontie remboursée par le RO  | 125% du TRSS  | 200% du TRSS                                  | 250% du TRSS                                  | 350% du TRSS                                  | 400% du TRSS                                  | 500% du TRSS                                  | 600% du TRSS                                   |
| Forfait annuel orthodontie non remboursée par le RO   | -             | 100 €   | 200 €   | 300 €   | 400 €   | 500 €   | 600 €  |

Module 4

|  | Niveau 1     | Niveau 2     | Niveau 3     | Niveau 4     | Niveau 5     | Niveau 6     | Niveau 7     |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ▶ HOSPITALISATION  |              |              |              |              |              |              |              |
| FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER   |              |              |              |              |              |              |              |
| Forfait journalier illimité en chirurgie et médecine (secteur conventionné et non conventionné)  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  |
| Forfait journalier illimité en psychiatrie (secteur conventionné et non conventionné)  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  |
| Forfait journalier illimité en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour (secteur conventionné et non conventionné) | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  |
| HONORAIRES   |              |              |              |              |              |              |              |
| Soins - Honoraires (secteur conventionné et non conventionné) signataire OPTAM/OPTAM-CO  | 100% du TRSS | 180% du TRSS | 220% du TRSS | 250% du TRSS | 350% du TRSS | 450% du TRSS | 550% du TRSS |
| Soins - Honoraires (secteur conventionné et non conventionné) non-signataire OPTAM/OPTAM-CO  | 100% du TRSS | 160% du TRSS | 180% du TRSS | 200% du TRSS | 350% du TRSS | 450% du TRSS | 550% du TRSS |
| SÉJOUR ET AUTRES FRAIS   |              |              |              |              |              |              |              |
| Frais de séjour (secteur conventionné et non conventionné)   | 100% du TRSS | 100% du TRSS | 100% du TRSS | 100% du TRSS | 100% du TRSS | 100% du TRSS | 100% du TRSS |
| Chambre particulière (hors psychiatrie)  | -            | 50 €         | 70 €         | 80 €         | 100 €        | 120 €        | 150 €        |

|  |             |             |             |             |             |             |             |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Chambre particulière sans hébergement ( <i>hors psychiatrie</i> )  | -           | 25 €        | 35 €        | 40 €        | 50 €        | 60 €        | 75 €        |
| Frais d'accompagnement ( <i>lit et repas hospitaliers</i> ) pour un enfant de moins de 16 ans ou un adulte de plus de 65 ans ( <i>durée illimitée</i> ) <sup>(6)</sup> | -           | 35 €        | 50 €        | 65 €        | 80 €        | 100 €       | 120 €       |
| Frais de connectivité (jusqu'à 152,45 € par an) ***  | 1,52 €/jour | 1,52 €/jour | 1,52 €/jour | 1,52 €/jour | 1,52 €/jour | 1,52 €/jour | 1,52 €/jour |
| Hôtel hospitalier par nuit ( <i>3 fois par an</i> )  | 30 €        | 30 €        | 30 €        | 30 €        | 30 €        | 30 €        | 30 €        |

## Module 5

|  | Niveau 1    | Niveau 2                        | Niveau 3   | Niveau 4   | Niveau 5   | Niveau 6   | Niveau 7   |
|--|-------------|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>🔍 BIEN-ÊTRE - PRÉVENTION</b>  |             |                                 |  |  |  |  |  |
| Acupuncture - Aromathérapie - Art-thérapie - Auriculothérapie - Bioénergie et neurostimulation électrique transcutanée - Chiropractie - Coach en développement personnel - Coach Sportif - Diététicien - Drainage lymphatique - Ergothérapie - Étioopathie - Homéopathe - Hypnose - Kinésioologie - Microkinésithérapie - Musicothérapie - Naturopathie - Nutrithérapie - Nutritionniste - Olfactothérapie - Oligothérapie - Ostéopathie - Pédicure - Phytothérapie - Podologue - Psychologue ( <i>hors dispositif "Mon Psy"</i> ) - Psychomotricité - Reconstruction posturale méthode mézières - Réflexologie - Sexothérapeute/sexologue - Shiatsu - Sophrologie - Thérapie de couple ( <i>Par année civile et par bénéficiaire</i> ) <sup>(7)</sup> | -           | 50 € par an et par bénéficiaire | 50 € par acte dans la limite de 100 € par an et par bénéficiaire | 50 € par acte dans la limite de 150 € par an et par bénéficiaire | 50 € par acte dans la limite de 200 € par an et par bénéficiaire | 50 € par acte dans la limite de 250 € par an et par bénéficiaire | 50 € par acte dans la limite de 300 € par an et par bénéficiaire |
| Médicaments prescrits ou non et non remboursés par la Sécurité Sociale ( <i>y compris médicaments homéopathiques, huiles essentielles, compléments alimentaires, probiotique, huiles et produits detox, huile de CBD, gélule CBD, la contraception féminine et masculine, les anneaux et patchs contraceptifs</i> ) - Par année civile et par bénéficiaire ****  | -           | 50 €                            | 100 €  | 150 €  | 200 €  | 250 €  | 300 €  |
| Analyses, examens et radiologie prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale - Par an et par bénéficiaire  | -           | 50 €                            | 100 €  | 150 €  | 200 €  | 250 €  | 300 €  |
| Participation forfaitaire de 24 € pour les actes techniques médicaux lourds supérieurs à 120 €   | Frais réels | Frais réels                     | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  |
| Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale   | -           | Frais réels                     | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  | Frais réels  |
| Densitométrie osseuse  | -           | 100% du TRSS + 65 € par an      | 100% du TRSS + 65 € par an                                       | 100% du TRSS + 65 € par an                                       | 100% du TRSS + 65 € par an                                       | 100% du TRSS + 65 € par an                                       | 100% du TRSS + 65 € par an                                       |
| Vaccin antigrippal   | -           | 100% du TRSS                    | 100% du TRSS   | 100% du TRSS   | 100% du TRSS   | 100% du TRSS   | 100% du TRSS   |

## Module 6

|   | Niveau 1 | Niveau 2    | Niveau 3    | Niveau 4    | Niveau 5    | Niveau 6    | Niveau 7    |
|---|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>🔍 INDEMNITÉS FORFAITAIRES</b>  |          |             |             |             |             |             |             |
| Prime de naissance ou d'adoption <sup>(8)</sup>   | -        | 100 €       | 150 €       | 200 €       | 250 €       | 300 €       | 350 €       |
| Prise en charge de l'abonnement à un club de sportif relevant d'une fédération agréée par le Ministère de la Jeunesse et des Sports ou d'une salle de sport | -        | 50 €        | 50 €        | 50 €        | 50 €        | 50 €        | 50 €        |
| Dépendance ( <i>Autonomie Santé</i> ) <sup>(9)</sup>  | 500 €    | 500 €       | 500 €       | 500 €       | 500 €       | 500 €       | 500 €       |
| Garantie Obsèques <sup>(9)</sup>  | -        | 26% du PMSS | 39% du PMSS | 52% du PMSS | 65% du PMSS | 78% du PMSS | 90% du PMSS |

## Autres Prestations

|   | Niveau 1 | Niveau 2 | Niveau 3 | Niveau 4 | Niveau 5 | Niveau 6 | Niveau 7 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>🔍 ASSISTANCE (<i>mobilité et à domicile</i>)</b>   | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      |
| <b>🔍 SECOND AVIS MÉDICAL</b>  | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      |
| <b>🔍 SERVICE TCHAT</b>  | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      |
| <b>🔍 TÉLÉCONSULTATION</b>   | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      |
| <b>🔍 CARTE AVANTAGES</b>  |          |          |          |          |          |          |          |
| Tout comme un vrai comité d'entreprise, ce sont des centaines de bons plans et de réductions sur :<br>- Vos loisirs<br>- Vos envies<br>- La culture (cinéma, spectacles, concerts etc.)<br>- Les produits de vos artisans et commerçants locaux | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      |
| <b>🔍 SOINS À L'ÉTRANGER : soins ambulatoires et hospitalisation</b> <sup>(10)</sup>   | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      | Oui      |



Niveaux non responsables, souscription de manière facultative par le salarié uniquement.

OPTIONS

Le choix des options ci-dessous est facultatif pour chaque entreprise.

| Remboursements Mutuelle  |                                    |
|--|------------------------------------|
| ▶ OPTION 1   |                                    |
| AIDES AUDITIVES  |                                    |
| Appareil acoustique  | +50% du TRSS                       |
| ▶ OPTION 2   |                                    |
| OPTIQUE  |                                    |
| Chirurgie réfractive de l'œil  | + 500 €                            |
| ▶ OPTION 4   |                                    |
| OPTIQUE  |                                    |
| Forfait annuel lentilles remboursées ou non *  | + 20 €                             |
| ▶ OPTION 5   |                                    |
| BIEN-ÊTRE - PRÉVENTION   |                                    |
| Chiropractie - Ostéopathie - Acupuncture - Homéopathe - Étiopathie - Diététicien - Psychologue ( <i>hors dispositif "Mon Psy"</i> ) - Psychomotricité - Ergothérapie - Pédicure-Podologue - Naturopathie - Sophrologie - Microkinésithérapie - Reconstruction posturale méthode 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 ( <i>Par an et par bénéficiaire</i> ) (7) | + 100 € par an et par bénéficiaire |
| ▶ OPTION 6   |                                    |
| HOSPITALISATION  |                                    |
| Chambre particulière   | + 40 €                             |
| ▶ OPTION 7   |                                    |
| DENTAIRE   |                                    |
| Forfait annuel Orthodontie non remboursée par RO   | + 700 €                            |
| ▶ OPTION 8   |                                    |
| DENTAIRE   |                                    |
| Plafond annuel implants  | + 500 €                            |
| Forfait implants   | + 500 € par implant                |

| Remboursements Mutuelle  |               |
|--|---------------|
| ▶ OPTION CCN MÉTALLURGIE   |               |
| L'option CCN métallurgie répond aux obligations minimums de la branche. Elle est obligatoire pour les entreprises qui répondent à cette CCN. |               |
| SOINS COURANTS ET HONORAIRES MÉDICAUX  |               |
| Petit appareillage ( <i>orthèses et prothèses externes</i> )   | +100% du TRSS |
| Orthopédie   | +100% du TRSS |
| Audioprothèses Classe I - Reste à charge nul ( <i>y compris accessoires</i> )  | +100% du TRSS |
| DENTAIRE   |               |
| Soins, actes d'imagerie et de chirurgie  | +25% du TRSS  |
| Inlays, Onlays et Overlays   | +45% du TRSS  |
| Inlays Core - Hors Panier 100% santé   | +25% du TRSS  |
| HOSPITALISATION  |               |
| Chambre particulière sans hébergement (hors psychiatrie)   | + 30 €        |
| Frais d'accompagnement (lit et repas hospitaliers) pour un enfant de moins de 17 ans ou un adulte de plus de 65 ans (durée illimitée)        | Oui           |

CE QU'IL FAUT SAVOIR

Ces taux de remboursement s'appliquent sur les tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale, sous réserve que les frais engagés aient fait l'objet d'une participation de la Sécurité Sociale. Les garanties s'expriment soit en euros, soit en pourcentage du TRSS.

TM : le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'assurance maladie et dans la limite du tarif de convention de la Sécurité Sociale

TRSS : Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale = tarif de référence qui sert de base de remboursement pour chaque acte médical

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgiens et Obstétriciens)

\* Sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre Régime Obligatoire.

\*\* Pour l'ensemble des traitements - Hors Panier 100% Santé (prothèses dentaires, implantologie et parodontologie, remboursées ou non par la Sécurité Sociale), la participation est limitée par année civile et par bénéficiaire. Lorsque le plafond annuel est atteint, le montant de la prise en charge est limité à 125% du TRSS.

\*\*\* 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 centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

\*\*\*\* 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 L5111-1) 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

(1)

#### 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
- Orthoprotèses

#### 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.

(2) 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.

(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.

**BONUS OPTIQUE** : Majoration de +25% de la prise en charge de la monture et majoration de +25% de la prise en charge des verres en cas de non-consommation pendant 36 mois consécutifs dans la limite du contrat responsable (La première consommation du bonus optique est appréciée par rapport à l'ancienneté de l'adhérent au sein de la mutuelle).

(4) Tels que définis réglementairement et dans la limite du prix de facturation fixé par les textes officiels à la date des soins.

(5) Tels que définis réglementairement.

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.

(6) La Mutuelle rembourse les frais d'un accompagnant quel qu'il soit pour l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans et d'une personne âgée de plus de 65 ans (ou de plus de 60 ans si elle reconnue invalide), sous réserve que la personne hospitalisée soit membre de la Mutuelle au jour de l'intervention, et à condition que l'hospitalisation ait lieu pour une intervention chirurgicale et sur présentation d'une prescription médicale justifiant l'accompagnement. Il est précisé que l'accompagnant doit séjourner dans l'établissement hospitalier ou dans une structure d'accueil dédiée, et que seuls les frais d'hébergement et de séjour sont pris en charge.

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

(8) La prime de naissance ou d'adoption est versée à la naissance de chaque enfant né viable ou en cas d'adoption, et sous condition d'affiliation de l'enfant dans les 3 mois qui suivent l'évènement, avec entrée en vigueur le 1er jour du mois de la naissance ou de l'adoption, sur présentation de tout document justificatif.

(9) Les prestations sont versées par année civile et par bénéficiaire.

**(10) 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.

**ASSISTANCE : 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sur simple appel téléphonique.**

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