

## PLÉNITUDE 2 PERFORMANCE 100% SANTÉ DÉFENSE

## Modules H

## Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	H 1	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6
➤ HOSPITALISATION						
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER						
Forfait journalier illimité en chirurgie et médecine	Oui *	Oui *	Oui *	Oui *	Oui *	Oui *
Forfait journalier illimité en psychiatrie	Oui *	Oui *	Oui *	Oui *	Oui *	Oui *
Forfait journalier illimité en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour	Oui *	Oui *	Oui *	Oui *	Oui *	Oui *
HONORAIRES						
Soins - Honoraires (secteur conventionné) signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	200%	300%	400%	500%
Soins - Honoraires (secteur conventionné) non signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	180%	200%	200%	200%
Soins - Honoraires (secteur non conventionné) signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%	200%	200%
Soins - Honoraires (secteur non conventionné) non signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%	200%	200%
SÉJOUR ET AUTRES FRAIS						
Frais de séjour (secteur conventionné)	100%	100%	150%	250%	300%	400%
Frais de séjour (secteur non conventionné)	100%	100%	150%	200%	200%	200%
Chambre particulière avec hébergement en chirurgie, médecine et maternité, maison de repos, de convalescence, moyen séjour (secteur conventionné) hors psychiatrie <sup>(1)</sup>	-	Limité à 30 € /jour	Limité à 45 € /jour	Limité à 70 € /jour	Limité à 80 € /jour	Limité à 100 € /jour
Chambre particulière avec hébergement en chirurgie, médecine et maternité, maison de repos, de convalescence, moyen séjour (secteur non conventionné) hors psychiatrie <sup>(1)</sup>	-	Limité à 30 € /jour	Limité à 45 € / jour	Limité à 60 € / jour	Limité à 75 € / jour	Limité à 90 € /jour
Chambre particulière sans hébergement (limitée à 10 jours/an)	-	Limité à 15 € /jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 45 € / jour	Limité à 45 € / jour	Limité à 45 € /jour
Frais d'accompagnement (lit et repas hospitaliers) pour un enfant de moins de 14 ans et personne âgée de plus de 65 ans en chirurgie et médecine (durée illimitée)	-	Limité à 20 € /jour	Limité à 30 € /jour	Limité à 40 € /jour	Limité à 50 € /jour	Limité à 60 € /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
➤ MATERNITÉ						
Forfait Naissance si adhésion de l'enfant le 1er jour du mois de naissance **	-	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €
	Remboursements Mutuelle					
➤ ACCIDENT <sup>(2)</sup>						
Individuelle Décès Accident	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €
➤ FRAIS D'OBSÈQUES <sup>(2)</sup>						
Participation forfaitaire pour frais funéraires (versé pour un décès par dossier et par an)	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
Participation forfaitaire pour frais funéraires (versé pour un décès par bénéficiaire et par an)	-	-	250 €	500 €	1 000 €	1 500 €
➤ PROTECTION JURIDIQUE <sup>(2)</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
➤ COUPS DURS <sup>(2)</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
➤ DÉPENDANCE <sup>(2)</sup>						
Autonomie Santé : - Capital en cas de Dépendance Totale	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €	500 €
➤ SECOND AVIS MÉDICAL	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ ASSISTANCE (mobilité et à domicile)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ SERVICE TCHAT	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ TÉLÉCONSULTATION	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ CARTE AVANTAGES : <sup>(2)</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
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
➤ SOINS À L'ÉTRANGER <sup>(1**)</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ LICENCE SPORTIVE (par contrat)	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €

	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6
SOINS COURANTS						
HONORAIRES PARAMÉDICAUX						
Auxiliaires médicaux	100%	100%	150%	200%	250%	300%
Psychologue (séances réalisées dans le cadre du dispositif de la Sécurité sociale "Mon Psy", auprès d'un psychologue partenaire, et après la consultation d'un médecin)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
HONORAIRES MÉDICAUX						
Consultations, visites généralistes et spécialistes signataires OPTAM/OPTAM CO	100%	100%	150%	200%	250%	300%
Consultations, visites généralistes et spécialistes non-signataires OPTAM/OPTAM CO	100%	100%	130%	180%	200%	200%
Actes techniques signataires OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	150%	200%	250%	300%
Actes techniques non-signataires OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%	200%	200%
Radiologie signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	150%	200%	250%	300%
Radiologie non-signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	130%	180%	200%	200%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES						
Analyses laboratoires remboursées	100%	100%	150%	200%	250%	300%
MÉDICAMENTS						
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (65%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (30%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible (15%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MATÉRIEL MÉDICAL						
Petit Appareillage (2*)	100%	100%	200%	300%	400%	500%
Grand Appareillage - Hors prothèses mammaires (2*)	100%	100%	125%	150%	175%	200%
Grand Appareillage : Prothèses mammaires	100%	100%	100% + 80 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 300 €
Dispositifs médicaux à usage individuel - Hors prothèses capillaires (2*)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Dispositifs médicaux à usage individuel : Prothèses capillaires (2*)	100%	100%	100% + 80 €	100% + 150 €	100% + 200 €	100% + 300 €
Pansements (2*)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Orthopédie	100%	100%	200%	300%	400%	500%
TRANSPORT						
Transport	100%	100%	150%	200%	250%	300%
AIDES AUDITIVES						
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ (3)						
Audioprothèses Classe I - Reste à charge nul (y compris accessoires)	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
EQUIPEMENTS À PRIX LIBRE (3)						
Audioprothèses Classe II	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait Annuel Aides Auditives Classe II (par oreille) (jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.	-	200 €	200 €	300 €	300 €	300 €
Forfait Annuel Aides Auditives Classe II (par oreille) (21 ans et plus)	-	200 €	200 €	350 €	450 €	550 €
Piles pour prothèses auditives	200%	200%	200%	200%	200%	200%
CURE THERMALE						
Cure thermique (forfait/an)	100%	100%	100% + 145 €	100% + 215 €	100% + 290 €	100% + 380 €

	OD 1	OD 2	OD 3	OD 4	OD 5	OD 6
DENTAIRE						
SOINS						
Soins, actes d'imagerie et de chirurgie	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Inlays, Onlays et Overlays	100%	100%	135%	180%	180%	180%
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ <sup>(4)</sup>						
Soins et prothèses dentaires remboursées par le RO - Panier 100% Santé	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
Plafond dentaire (y compris l'implant et les maladies parodontales) par année de souscription glissante et par bénéficiaire pour les prothèses remboursées ou non par le RO - Hors Panier 100% santé. <small>Lorsque le plafond annuel est atteint, le montant de la prise en charge des prothèses mobiles et fixes remboursées par le RO est limité à 100% du TRSS.</small>	-	500 €	1 000 €	1 500 €	1 750 €	2 000 €
PROTHÈSES HORS PANIER 100% SANTÉ <sup>(4*)</sup>						
Années 1 et 2						
Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires	100%	100%	200%	300%	400%	500%
Inlays-Core	100%	100%	150%	200%	200%	200%
Prothèses non remboursables	-	-	-	-	-	-
Années 3 et 4						
Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires	100%	150%	250%	350%	450%	500%
Inlays-Core	100%	100%	150%	200%	200%	200%
Prothèses non remboursables	40 € par prothèse limité à 2 participations par an	70 € par prothèse limité à 2 participations par an	70 € par prothèse limité à 2 participations par an	70 € par prothèse limité à 2 participations par an	70 € par prothèse limité à 2 participations par an	70 € par prothèse limité à 2 participations par an
Années 5 et suivantes						
Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires	100%	250%	350%	450%	500%	500%
Inlays-Core	100%	100%	150%	200%	200%	200%
Prothèses non remboursables	40 € par prothèse limité à 2 participations par an	70 € par prothèse limité à 2 participations par an	70 € par prothèse limité à 2 participations par an	70 € par prothèse limité à 2 participations par an	70 € par prothèse limité à 2 participations par an	70 € par prothèse limité à 2 participations par an
IMPLANTOLOGIE ET PARODONTOLOGIE NON REMBOURSÉES PAR LE RO						
Plafond implants et éléments intermédiaires par année de souscription glissante	-	-	500 €	750 €	1 000 €	1000 € par implant et 250 € par élément intermédiaire
Forfait implants et/ou élément intermédiaires dans la limite du plafond annuel implants et éléments intermédiaires	-	-	500 € par implant et/ou élément intermédiaire	750 € par implant et/ou élément intermédiaire	1 000 € par implant et/ou élément intermédiaire	1000 € par implant et 250 € par élément intermédiaire
Plafond maladies parodontales par année de souscription glissante	-	-	100 €	150 €	200 €	250 €
Forfait maladies parodontales dans la limite du plafond annuel maladies parodontales	-	-	100 € par acte	150 € par acte	200 € par acte	250 € par acte
ORTHODONTIE						
Orthodontie remboursée par le RO	100%	100%	200%	250%	300%	350%
Forfait orthodontie non remboursée par le RO par année civile	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
OPTIQUE						
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ <sup>(5)</sup>						
Équipements de Classe A <small>Reste à charge nul (y compris suppléments optiques médicales)</small>	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
EQUIPEMENTS ET FRAIS D'OPTIQUE À PRIX LIBRE <sup>(5)</sup>						
Equipements de Classe B						
Base de remboursement RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Monture de Classe B	-	50 €	75 €	75 €	100 €	100 €
Verres simples (par verre) adulte	-	25 €	60 €	90 €	120 €	160 €
Verres simples (par verre) enfant	-	25 €	50 €	70 €	100 €	130 €
Verres complexes et très complexes (par verre) adulte	-	75 €	110 €	150 €	200 €	300 €
Verres complexes et très complexes (par verre) enfant	-	75 €	90 €	120 €	150 €	200 €
Forfait annuel lentilles remboursées ou non ***	-	50 €	100 €	200 €	250 €	300 €
Forfait annuel chirurgie et implant de l'œil non remboursé par le RO (par œil)	-	-	200 €	250 €	300 €	350 €

Modules PS

	Remboursements Mutuelle				
	PS 1	PS 2	PS 3	PS 4	PS 5
➤ PRÉVENTION SANTÉ (forfait par année civile et par bénéficiaire)					
Chiropractie, ostéopathie, acupuncture, homéopathe, étiopathie, diététiciens, psychologue (hors dispositif "Mon Psy"), psychomotricité, ergothérapie, pédicure-podologue, naturopathie, sophrologie, micro kinésithérapie, reconstruction posturale méthodes Mézières, kinésiologie, hypnose, réflexologie, auriculothérapie, bioénergie, neurostimulation électrique transcutanée, shiatsu, aromathérapie, nutritionniste, sexothérapeute/sexologue, phytothérapie, oligothérapie, nutrithérapie, coach sportif, coach en développement personnel, art-thérapie, musicothérapie, drainage lymphatique, olfactothérapie et thérapie de couple <sup>(6)</sup>	50 €	50€ par acte dans la limite du forfait annuel de 100 €	50€ par acte dans la limite du forfait annuel de 150 €	50€ par acte dans la limite du forfait annuel de 200 €	50€ par acte dans la limite du forfait annuel de 250 €
Médicaments prescrits ou non et non remboursé par la Sécurité Sociale (y compris la contraception féminine et masculine, les anneaux et patchs contraceptifs, les médicaments homéopathiques, les huiles essentielles, les compléments alimentaires, les probiotiques, les huiles et produits détox, les huile de CBD et les gélules CBD ) - <sup>(6)</sup>	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Analyses, examens et radiologie prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale par an et par bénéficiaire	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Densitométrie osseuse	TM + 65 € par an	TM + 65 € par an	TM + 65 € par an	TM + 65 € par an	TM + 65 € par an
Vaccin antigrippal	100% du TRSS	100% du TRSS	100% du TRSS	100% du TRSS	100% du TRSS

Modules OBS (optionnel)

	Remboursements Mutuelle					
	OBS 1	OBS 2	OBS 3	OBS 4	OBS 5	OBS 6
➤ PACK OBSÈQUES						
Frais d'obsèques	500 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €	2 500 €	3 000 €

# CE QU'IL FAUT SAVOIR

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

- \* Forfait journalier : tarif en vigueur défini par le Ministère de la Santé.
- \*\* 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.
- \*\*\* Sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre Régime Obligatoire.

(1) Chambre particulière avec hébergement limitée à 30 jours / an en rééducation fonctionnelle, maison de repos.

(1\*) 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 thermique.

(1\*\*) SOINS À L'ÉTRANGER :  
La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, en Corse, ainsi que dans les DOM.

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 DOM ;
  - 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 € (cent 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 € (cent 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) Les prestations sont versées par année civile et par bénéficiaire.

(2\*) 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 règlementairement.

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

(3) Tels que définis règlementairement 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.

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

(4\*)

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.

(5) 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 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.

- (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 Sécurité Sociale (BRSS) et comprennent ceux effectués par le Régime Obligatoire.
- 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.
- Les forfaits sont annuels (année civile) et sont exprimés par bénéficiaire du contrat.
- 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 tous âges.

**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/>