

	Formule Essentielle	Formule Essentielle Renforcée	Formule Confort	Formule Confort Renforcée	Formule Premium	Formule Premium Renforcée
HOSPITALISATION, y compris maternité ^{(1) (2) (3)}						
Honoraires						
Limitation les 3 premiers mois d'adhésion	Rbt uniquement du forfait journalier et 100 % de la BRSS pour les honoraires et frais de séjour					
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO	125 %	125 %	150 %	150 %	200 %	200 %
> Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	125 %	175 %	175 %
En cas d'immobilisation au domicile supérieur à 5 jours ⁽¹⁴⁾	Aide-ménagère : maximum 10 heures réparties pendant la période d'immobilisation Livraison des médicaments, Prise en charge des frais de livraison					
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ / Durée illimitée						
> Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
> Secteur non conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour						
> Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
> Secteur non conventionné	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière ^{(4) (5)} : Incluant télévision, wifi et téléphone. Hors chambre ambulatoire. Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée de 30 jours en maladie, chirurgie, convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR).	-	40 € / jour	-	50 € / jour	-	60 € / jour
> Transport du malade	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Hospitalisation à l'étranger	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
> Forfait patient urgence	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral

SOINS COURANTS						
Honoraires médicaux						
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO	125 %	125 %	130 %	130 %	150 %	150 %
> Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	105 %	125 %	125 %
Téléconsultation illimitée ⁽¹⁴⁾	Illimitée, dispensée par des médecins inscrits à l'ordre national des médecins, pour un diagnostic avec ordonnance ou un conseil ou un second avis médical					
Honoraires paramédicaux						
> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO et hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses, examens de laboratoire, actes techniques médicaux, d'imagerie et échographie						
> Dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	125 %	125 %
> Hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical : prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Séances de psychologues remboursées par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif « MonPacoursPsy »	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Accompagnement pathologies chroniques ⁽¹⁴⁾	Service d'informations sur les pathologies (Parkinson, Alzheimer, SIDA, allergies, etc.) animé par des médecins pour répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants : traitements et conséquences, évolution de la maladie, risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage					
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale à 65 % / 30 % / 15 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

	Formule Essentielle	Formule Essentielle Renforcée	Formule Confort	Formule Confort Renforcée	Formule Premium	Formule Premium Renforcée
PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE						
Médecines douces (20 professions éligibles) ^{(6) (7)} : ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, naturopathe, diététicien, podologue, pédicure, homéopathe, acupuncteur, micro-kinésithérapeute, reflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue						
Forfait par an (limité à 30 € par acte)	-	60 €	-	90 €	-	120 €
Cures thermales						
> Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	-	100 %	-	100 %	-	100 %
> Forfait hébergement et dépassements soins ⁽¹³⁾	-	150 €	-	200 €	-	250 €
L'aide aux aidants ⁽¹⁴⁾ : bilan global de la situation pour l'aidant et son proche parent aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l'entourage, des ressources financières, etc.	Bilan 360 : Information de l'aidant dans les thématiques liées à la dépendance telles que l'habitat, la formation, la prévention santé, l'organisation de la vie au domicile, la coordination, le droit au répit ...					
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

OPTIQUE						
Limitation les 3 premiers mois d'adhésion à 100 % de la BRSS et aux équipements 100 % Santé						
Équipements 100 % Santé ^{(8) (9)}	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements hors 100 % Santé ^{(8) (9)}						
> Une monture de classe B avec 2 verres simples	55 €	55 €	80 €	80 €	130 €	130 €
> Une monture de classe B avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe	70 €	70 €	170 €	170 €	220 €	220 €
> Une monture de classe B avec 2 verres complexes ou très complexes	175 €	175 €	200 €	200 €	250 €	250 €
Lentilles de contact						
> Lentilles remboursées par la Sécurité sociale, forfait annuel	100 % + 20 €	100 % + 20 €	100 % + 50 €	100 % + 50 €	100 % + 70 €	100 % + 70 €
Bénéficiez du réseau de soin Kalixia optique 6 700 centres partenaires : un très large choix de lunettes parmi les plus grandes marques du marché	<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à 40 % de réduction sur le prix des verres et 30 % pour les lentilles Remplacement en cas de casse de la monture de classe B Les verres sont systématiquement durcis, amincis en fonction de la correction et traités antireflets 					

DENTAIRE						
Limitation les 3 premiers mois d'adhésion à 100 % de la BRSS et aux équipements 100 % Santé						
Soins	125 %	125 %	150 %	150 %	175 %	175 %
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹⁰⁾						
> Actes prothétiques et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres ^{(10) (11)}						
> Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100 % Santé et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires maîtrisés ou libres	125 %	125 %	175 %	175 %	225 %	225 %
Plafond ⁽¹¹⁾ Plafonnement des soins, des prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres	-	-	1 200 €	1 200 €	1 500 €	1 500 €
Bénéficiez du réseau de soin Kalixia dentaire Vos avantages chez plus de 4 500 chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires	Des honoraires plafonnés sur plus de 120 actes à forts dépassements (couronnes, orthodontie, implants...) Une garantie de 10 ans pour les couronnes (selon les conditions de la charte qualité)					

	Formule Essentielle	Formule Essentielle Renforcée	Formule Confort	Formule Confort Renforcée	Formule Premium	Formule Premium Renforcée
AIDES AUDITIVES						
Équipements 100 % Santé ^{(8) (12)}						
> Aides auditives par oreille remboursées par la Sécurité sociale de classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé * (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Équipements à tarifs libres ^{(8) (12)}						
> Aides auditives par oreille remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé (appareil de classe 2 à prix libre)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Bénéficiez du réseau de soin Kalixia Audio Plus de 4 400 centres audio partenaires	Une garantie de 4 ans sur le matériel à compter de la date d'achat Un appareil de dépannage sans frais si la réparation ne peut être immédiate 20 % de réduction sur les accessoires de connectivité, quel que soit le panier					

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : - déduction de la participation forfaitaire (2 € au 15/05/2024), - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués comprennent le remboursement du régime obligatoire et s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- Les plafonnements annuels indiqués pour certaines garanties sont par année d'adhésion et par assuré.

(1) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

(2) En cas d'hospitalisation en secteur non conventionné, sont pris en charge le forfait journalier hospitalier, la participation forfaitaire et les frais de soins et de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. La prise en charge s'effectue sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

(3) Durant les 3 premiers mois d'adhésion, remboursement uniquement du forfait journalier hospitalier pour les établissements de santé, de la participation forfaitaire et du ticket modérateur pour les honoraires et les frais de séjour. En cas de reprise d'un contrat à la concurrence, la limitation de remboursement précitée ne s'applique pas si les garanties antérieures (Honoraires, Chambre particulière) sont supérieures ou égales au nouveau contrat ou en cas d'hospitalisation d'origine accidentelle.

(4) Hors chambre ambulatoire. Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée de 30 jours dans les établissements de santé, en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR). La chambre particulière en psychiatrie n'est pas prise en charge. La prise en charge des frais liés à la télévision, au Wi-Fi et au téléphone est exclusivement réservée aux assurés ayant opté pour une chambre particulière.

(5) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).

(7) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINES et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.

(8) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(9) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Le montant de la monture est limité à 100 € conformément aux obligations du contrat responsable.

(10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.

(11) Plafonnement commun entre les Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres. Au-delà du plafond de remboursement, les soins et les prothèses seront pris en charge à hauteur du ticket modérateur.

(12) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.

(13) Les frais d'hébergement pris en charge ou non par la Sécurité sociale sont remboursés sur présentation d'une facture acquittée et détaillée de l'établissement et à condition que la cure thermale soit prise en charge par la Sécurité sociale.

(14) Se référer à la notice d'informations Fillassistance FIC24SAN0101.