

TABLEAU DES GARANTIES OPTIONS BUDGET

TABGAR-OPTIONSBUDGET-0715

Les formules de garantie complémentaire santé OPTIONS BUDGET décrites ci-après s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables, tels que prévus aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. En conséquence, les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

Lorsque dans le tableau ci-dessous il est prévu pour certaines garanties un plafond annuel de remboursement, la prestation interviendra, en cas de dépassement de ce plafond, à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article R871-2 1° du Code de la Sécurité sociale (décret n°2014-1374 du 18/11/2014 sur les contrats responsables) sont pris en charge par la Mutuelle dans les limites et plafonds définies par la grille, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du Ticket Modérateur. Les garanties des contrats interviennent dès lors que les frais ont fait l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire de l'assuré. Les prestations sont exprimées soit sous forme de forfait en euros, soit en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire. L'ensemble des prestations s'entend dans la limite des frais réellement engagés. Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessous, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme ne sont pas remboursés. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.

		100B	150B	175B	250B	300B
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS (y compris maternité)						
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes (hors CNPSY et VNPSY)	CAS *	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
	Hors CAS	100 %	100 %	100 %	110 %	150 %
Consultations et visites de psychiatre, neuro-psychiatre (CNPSY et VNPSY) ainsi que les traitements par psychothérapie ou psychanalyse	CAS *	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Hors CAS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM)	CAS *	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
	Hors CAS	100 %	100 %	100 %	110 %	150 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie)	CAS *	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
	Hors CAS	100 %	100 %	100 %	110 %	150 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale	CAS *	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
	Hors CAS	100 %	100 %	100 %	110 %	150 %
Auxiliaires médicaux		100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
Analyses médicales		100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire		100 %	150 %	175 %	250 %	300 %
MEDECINE COMPLEMENTAIRE						
Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs non remboursés par le Régime Obligatoire		-	-	-	-	-
Pédicures, Podologues, Homéopathes non remboursés par le Régime Obligatoire		-	-	-	-	-
PHARMACIE						
Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments non remboursés par le Régime Obligatoire		-	-	-	-	-
ACTES DE PREVENTION						
Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de prévention non remboursés par le Régime Obligatoire		-	Vaccins 25 €/ an	Vaccins 25 €/ an	Vaccins 25 €/ an	Vaccins 25 €/ an
Automédication courante		30 €/ an années 2 et +	30 €/ an années 2 et +	30 €/ an années 2 et +	30 €/ an années 2 et +	30 €/ an années 2 et +
APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE						
Bilan auditif		-	-	-	-	-
Prothèses orthopediques et auditives (petits et gros appareillages)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Bonus forfait prothèses auditives non consommé		-	-	-	-	-
Forfait entretien annuel pour appareil auditif (non cumulable avec la prestation prothèses auditives)		-	-	-	-	-
Petit appareillage, accessoires, pansements		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gros appareillage		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
OPTIQUE (1)						
Frais d'optique remboursés par le Régime Obligatoire (verres, monture, lentilles)		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait optique (2)	2 verres simples	75 €	100 €	125 €	150 €	200 €
	avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 €	200 €	200 €	250 €	300 €
	avec au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	125 €	125 €	150 €	170 €	180 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire		75 €	100 €	125 €	150 €	200 €
Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire		-	-	-	-	-
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / œil et / an		-	-	-	-	-
Bonus (si pas de remboursement l'année précédente) (3)		ajout de 150 €/ an	ajout de 200 €/ an	ajout de 250 €/ an	ajout de 300 €/ an	ajout de 400 €/ an
DENTAIRE						
Soins remboursés par le Régime Obligatoire		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire		100 %	150 %	175 %	250 %	300 %
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire		100 %	150 %	175 %	200 %	250 %
Prothèses non remboursées par le Régime Obligatoire		-	-	-	-	-
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire		-	-	-	-	-
Détartrage annuel non remboursé par le Régime Obligatoire		-	-	-	-	-
Plafond annuel de remboursement		-	-	600 € année 1 1 000 € année 2 1 500 € années 3 et +	750 € année 1 1 100 € année 2 1 500 € années 3 et +	900 € année 1 1 200 € année 2 1 800 € années 3 et +
Bonus (si pas de remboursement l'année précédente)		Prothèses : 150 %	Prothèses : 200 %	Prothèses : 225 %	Prothèses : 300 %	Prothèses : 350 %
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (4)						
Frais de séjour secteur non spécifique secteur conventionné		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Frais de séjour secteur non conventionné		-	-	-	-	-
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes)	CAS *	125 %	150 %	175 %	250 %	300 %
	Hors CAS	105 %	130 %	155 %	200 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé)		-	40 €/ jour max 60 jours / an	55 €/ jour max 60 jours / an	70 €/ jour max 60 jours / an	85 €/ jour max 60 jours / an
Forfait hospitalier sans limitation de durée		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Lit d'accompagnant : enfant de moins de 14 ans		15 €/ jour max 10 jours / an	15 €/ jour max 10 jours / an	16 €/ jour max 10 jours / an	18 €/ jour max 10 jours / an	20 €/ jour max 10 jours / an
MATERNITE						
Frais de séjour		100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes)	CAS *	100 %	100 %	120 %	130 %	170 %
	Hors CAS	100 %	100 %	100 %	110 %	150 %
Chambre particulière		-	40 €/ jour limité à 7 jours	55 €/ jour limité à 7 jours	70 €/ jour limité à 7 jours	85 €/ jour limité à 7 jours
Forfait hospitalier sans limitation de durée		Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait naissance et adoption		-	-	-	-	-
CURES THERMALES						
TELETRANSMISSION DES DECOMPTES		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
TIERS PAYANT et prise en charge hospitalière et optique		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
ASSISTANCE						
		NON	NON	NON	NON	NON
Formule de garantie sélectionnée		■	■	■	■	■

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) : Régime Obligatoire d'assurance maladie dont relève l'assuré

*CAS : Contrat d'Accès aux Soins

(1) Dans la limite d'un équipement complet (monture + 2 verres ou lentilles) par période de 2 ans et par bénéficiaire. Pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, un équipement par an et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 Euros. Le forfait optique versé inclut le ticket modérateur restant à charge de l'assuré.

(2) Verre simple : foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

Verre complexe : foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verre multifocal ou progressif ou Verre ultra complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

(3) La prestation totale pour un équipement (verres + monture) ne peut en aucun cas dépasser les plafonds définis par le décret sur les contrats responsables

(4) Hospitalisation en service spécialisé : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie, la prise en charge s'effectue dans la limite de 100 % du BR au-delà de 30 jours par an et par assuré pour les frais de séjours et honoraires médicaux. La garantie chambre particulière est exclue.

SIGNATURE CLIENT