

TABLEAU DE GARANTIES 2025

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

NOSTRUM VITA SANTÉ



Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	Découverte	Bronze	Silver	Gold
➤ HOSPITALISATION				
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait journalier illimité en Chirurgie et Médecine (<i>secteur conventionné et non conventionné</i>)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier illimité en Psychiatrie (<i>secteur conventionné et non conventionné</i>)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier illimité en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour (<i>secteur conventionné et non conventionné</i>)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES				
Soins - Honoraires (<i>secteur conventionné et non conventionné</i>) signataire OPTAM / OPTAM-CO	100%	150%	200%	300%
Soins - Honoraires (<i>secteur conventionné et non conventionné</i>) non signataire OPTAM / OPTAM-CO	100%	130%	180%	200%
SÉJOUR ET AUTRES FRAIS				
Frais de séjour (<i>secteur conventionné et non conventionné</i>)	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière avec hébergement en chirurgie, maison de convalescence, médecine et maternité (illimitée en chirurgie) (<i>secteur conventionné et non conventionné</i>) ⁽¹⁾	Limité à 40 € / jour dans la limite de 30 jours	Limité à 50 € / jour dans la limite de 45 jours	Limité à 60 € / jour dans la limite de 60 jours	Limité à 60 € / jour dans la limite de 60 jours
Chambre particulière sans hébergement (limité à 10 jours / an) (<i>secteur conventionné et non conventionné</i>)	-	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour
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>)	-	Limité à 55 € / jour	Limité à 65 € / jour	Limité à 80 € / jour
➤ SOINS COURANTS				
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Auxiliaires médicaux	100%	150%	200%	300%
Séances de psychologue 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%
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations, Visites Généralistes et Spécialistes signataires OPTAM/OPTAM-CO	100%	125%	200%	300%
Consultations, Visites Généralistes et Spécialistes non signataires OPTAM/OPTAM-CO	100%	105%	180%	200%
Actes techniques signataires OPTAM/OPTAM-CO	100%	150%	200%	300%
Actes techniques non signataires OPTAM/OPTAM-CO	100%	130%	180%	200%
Radiologie signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	150%	200%	300%
Radiologie non signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	130%	180%	200%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES				
Analyses laboratoires remboursées	100%	150%	200%	300%
MÉDICAMENTS				
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (65%)	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (30%)	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible (15%)	100%	100%	100%	100%
MATÉRIEL MÉDICAL				
Petit appareillage ^(1*)	100%	100%	100%	100%
Grand appareillage ^(1*)	100%	100%	100%	100%
Dispositifs médicaux à usage individuel ^(1*)	100%	100%	100%	100%
Pansements ^(1*)	100%	100%	100%	100%
Orthopédie	100%	100%	100%	100%
TRANSPORT				
Transport	100%	100%	100%	100%
➤ CURE THERMALE				
Soins et honoraires de surveillance	100 %	100 %	100 %	100 %
➤ AIDES AUDITIVES				
EQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽²⁾				
Audioprothèses Classe I - Reste à charge nul (<i>y compris accessoires</i>)	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
EQUIPEMENTS À PRIX LIBRE ⁽²⁾				
Audioprothèses Classe II	100%	150%	200%	250%

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	Découverte	Bronze	Silver	Gold
🔍 DENTAIRE (forfait annuel par bénéficiaire)				
SOINS				
Soins, actes d'imagerie et de chirurgie	100%	100%	100%	100%
Inlays, Onlays et Overlays	100%	180%	180%	180%
PROTHESES 100% SANTE ⁽³⁾				
Prothèses dentaires remboursées par le RO - Panier 100% Santé	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
PROTHESES HORS PANIER 100% SANTE ^(3*)				
Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires	100%	210%	260%	330%
Inlays-Core	100%	200%	200%	200%
Prothèses non remboursables (2 fois par an)	-	70 €	70 €	70 €
Plafond annuel dentaire (hors soins et actes techniques) par bénéficiaire pour les prothèses remboursées ou non par le RO - Hors Panier 100% Santé, y compris l'implantologie et la parodontologie. Lorsque le plafond annuel est atteint, le montant de la prise en charge est limité au ticket modérateur.				
Année 1	-	1 000 €	1 500 €	1 700 €
Année 2	-	1 500 €	2 000 €	2 000 €
Année 3 et suivantes	-	1 500 €	2 000 €	2 000 €
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par le RO	100%	150%	200%	300%
Forfait annuel orthodontie non remboursée par le RO	-	100 €	250 €	300 €
IMPLANTOLOGIE ET PARODONTOLOGIE ^(3**)				
Plafond annuel implants et éléments intermédiaires	-	150 €	200 €	250 €
Forfait Implant et/ou élément intermédiaire (dans la limite d'une intervention tous les 5 ans par dent)	-	150 € par implant et/ou élément intermédiaire	200 € par implant et/ou élément intermédiaire	250 € par implant et/ou élément intermédiaire
Maladies Parodontales	-	100 € par acte dans la limite du plafond annuel de 100 €	100 € par acte dans la limite du plafond annuel de 100 €	100 € par acte dans la limite du plafond annuel de 100 €
🔍 OPTIQUE				
EQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁴⁾				
Equipements de Classe A Reste à charge nul ⁽⁴⁾ (y compris suppléments optiques médicaux)	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
EQUIPEMENTS ET FRAIS D'OPTIQUE À PRIX LIBRE				
Equipements de Classe B ⁽⁴⁾				
Base de remboursement Régime Obligatoire	100%	100%	100%	100%
Monture de Classe B	-	60 €	80 €	100 €
(a) Verres simples (2 verres)	-	90 €	110 €	170 €
(c) Verres complexes (2 verres)	-	210 €	240 €	360 €
(f) Verres très complexes (2 verres)	-	210 €	240 €	360 €
(b) un verre simple mentionné au (a) + un verre complexe mentionné au (c)	-	150 €	175 €	265 €
(d) un verre simple mentionné au (a) + un verre très complexe mentionné au (f)	-	150 €	175 €	265 €
(e) un verre complexe mentionné au (c) + un verre très complexe mentionné au (f)	-	210 €	240 €	360 €
Forfait annuel lentilles remboursées ou non***	25 €	100 €	140 €	150 €
Forfait chirurgie et implant de l'œil non remboursé par le RO	-	100 €/œil	150 €/œil	200 €/œil
🔍 BIEN-ETRE (forfait annuel par bénéficiaire)				
Chiropractie, Ostéopathie, Acupuncture, Homéopathie, Etiopathie, Diététiciens, Psychologue (hors dispositif "MonPSY"), Sophrologie, Psychomotricité, Ergothérapie, Pédicure, Podologue, Naturopathie, Microkinésithérapie, Reconstruction posturale méthodes Mézières, Kinésiologie, Hypnose, Réflexologie, Auriculothérapie, Bioénergie, 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, Yoga, Tai Chi, PNL, Doula, Magnétiseurs-Energéticiens, Thérapie comportementale et cognitive et médecine traditionnelle japonaise (Toutes ces thérapies sont par an et par bénéficiaire et sur présentation d'une facture nominative acquittée permettant d'identifier le nom et la qualité du professionnel de santé)	25 € par séance /6 séances par an	40 € par séance /5 séances par an	50 € par séance /5 séances par an	50 € par séance /6 séances par an
Plafond Annuel global maximum pour l'ensemble des postes ci-dessous (médicaments, densitométrie et cure thermique) :	150 €	200 €	250 €	300 €
- Médicaments prescrits ou non et non remboursés par la sécurité sociale (y compris les vaccins, le sevrage tabagique, la contraception féminine et masculine, les anneaux et patches contraceptifs, les culottes menstruelles, les protections périodiques, les médicaments homéopathiques, le minoxidil, les huiles essentielles, les compléments alimentaires, les probiotiques, les huiles et produits detox, les produits à base de CBD) ⁽⁵⁾	50 € par facture dans la limite de 100 € par an et par bénéficiaire	75 € par facture dans la limite de 125 € par an et par bénéficiaire	75 € par facture dans la limite de 150 € par an et par bénéficiaire	75 € par facture dans la limite de 175 € par an et par bénéficiaire
- Densitométrie osseuse non remboursée par le RO	30 €	40 €	50 €	50 €
- Cure thermique (forfait annuel hébergement et transport)	100 €	150 €	200 €	200 €

	Découverte	Bronze	Silver	Gold
➤ AUTRES PRESTATIONS				
➤ DÉPENDANCE ⁽⁶⁾				
Capital en cas de Dépendance Totale	1 000 €	1 000 €	1 000 €	1 000 €
➤ ACCIDENT ⁽⁶⁾				
Individuelle Décès Accident	750 €	750 €	750 €	750 €
➤ FORAIT CONNECTIVITÉ (limité à 20 jours par an et par bénéficiaire) ⁽⁷⁾	5 € par jour	5 € par jour	5 € par jour	5 € par jour
➤ TÉLÉCONSULTATION ⁽⁶⁾	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ PROTECTION JURIDIQUE GEEK ⁽⁶⁾	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ SECOND AVIS MÉDICAL ⁽⁶⁾	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ CARTE AVANTAGES ⁽⁶⁾	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ COUPS DURS ⁽⁶⁾				
Indemnités « Coups Durs » (par année civile et par Chef de famille de plus de 18 ans) en cas : - Perte d'emploi (jusqu'à 55 ans) - Arrêt de travail (jusqu'à 65 ans) - Hospitalisation suite à accident - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ SERVICE TCHAT	Oui	Oui	Oui	Oui
➤ SOINS À L'ÉTRANGER ⁽⁸⁾	Oui	Oui	Oui	Oui

	1	2	3	4	5	6	7
➤ GARANTIES FACULTATIVES							
IHA : INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALISATION ACCIDENTELLE (durée maximum indemnisation 1 an) ⁽⁶⁾	15 € / jour	30 € / jour	45 € / jour	60 € / jour	100 € / jour	150 € / jour	
CDA : CAPITAL DECES/PTIA ACCIDENTEL ⁽⁶⁾	15 000 €						
MPPH : INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALISATION TOUTES CAUSES ^{(6) (9)} - Adulte	15 € / jour	25 € / jour	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	75 € / jour	100 € / jour
MPPH : INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALISATION TOUTES CAUSES ^{(6) (9)} - Enfant Mineur (+30 jours et - 18 ans)	7,5 € / jour	12,5 € / jour	20 € / jour	25 € / jour	30 € / jour	37,5 € / jour	50 € / jour

CE QU'IL FAUT SAVOIR

RO : Régime Obligatoire

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

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

* Forfait journalier : tarif en vigueur défini par le Ministère de la Santé.

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

*** Dans la limite d'une intervention tous les 5 ans par dent.

- (1) Exclue en rééducation fonctionnelle, maison de repos, moyen séjour, psychiatrie. La chambre particulière est illimitée en chirurgie.

(1*) Petit Appareillage :

- Orthèses et prothèses externes

Grand appareillage :

- Véhicules pour handicapés physiques (1 fois tous les 5 ans). Frais de réparation 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 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.

Pansements :

- Articles pour pansements et matériels de contention

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 et dans la limite du prix de facturation fixé par les textes officiels à la date des soins.

(3*) 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. (sous couvert de notre Dentiste consultant, garant du secret médical).

(3**) Tous les plafonds dentaires sont comptabilisés par année de souscription glissante du bénéficiaire et non par année civile.

(4) 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.,

(5)

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.

Définition : produits à base de CBD si leur taux de THC (tétrahydrocannabinol) est inférieur à 0,2 %.

Les produits :

Les huiles au CBD et gélules au CBD destinées à une administration par voie orale sont constituées d'une base d'huile végétale (olive, chanvre...) avec un extrait de CBD Full Spectrum (contenant d'autres cannabinoïdes et terpènes) ou avec des cristaux de CBD.

Les compléments au CBD ressemblent aux huiles mais ont une composition qui se rapproche des compléments alimentaires et contiennent principalement un mélange de vitamines.

Les crèmes au CBD sont destinées à un usage cosmétique avec une application cutanée.

Les aliments au CBD comme les bonbons ou les boissons comme les sodas, représentent une manière agréable et discrète pour tous les gourmands de consommer le CBD au quotidien.

Thés et infusions

Les exclusions :

Toutes les formes de CBD qui s'inhalent (que ce soit par fumée ou par vapotte). On pense notamment aux fleurs de CBD et à la résine de CBD.

Médicaments :

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.

(6) Les Prestations sont versées par année civile et par bénéficiaire.

(7) 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 maternité, 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.

(8) **SOINS A L'ETRANGER :**

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 Economique 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.

- (9) MPPH : Indemnités Journalières Hospitalisation Toutes Causes : durée maximale d'indemnisation :
- Accident : 1095 jours
 - Maladie : 365 jours

- (10) 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 comprennent 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.
 - Forfaits annuels par bénéficiaire par année civile sauf mention contraire.
 - 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 PREVENTION : Ostéodensitométrie, Vaccinations : Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite tous âges.

[Vous pouvez retrouver l'ensemble de vos contrats et la possibilité de souscription de nouvelles garanties depuis votre espace adhérent sur votre application Nostrum Care.](#)