

### La solution santé "Responsable" de votre entreprise

Soins courants	100+2R
Généralistes / Spécialistes - Consultations, visites	170% BR
Praticiens CAS	150% BR
Praticiens NON CAS	
Actes techniques médicaux (ATM) - Actes de chirurgie (ADC) - Actes d'anesthésie (ADA) - Actes d'obstétrique (ACO) - hors hospitalisation	170% BR
Praticiens CAS	150% BR
Praticiens NON CAS	
Radiologie : actes d'imagerie (ADI), actes d'échographie (ADE)	170% BR
Praticiens CAS	150% BR
Praticiens NON CAS	
Analyses nomenclature	170% BR
Auxiliaires médicaux	170% BR
Orthopédie	170% BR
Pharmacie	100% TFR

Transport remboursé Sécurité sociale	100% BR
--------------------------------------	---------

Dentaire	
Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	Praticiens CAS 170% BR Praticiens NON CAS 150% BR 170% BR
Inlays/onlays (INO)	
Poste dentaire plafonné à hauteur de :	Plafond global annuel fixé à 2000€/A/B
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	420% BR
Inlays core (ICO)	270% BR
Prothèses dentaires et parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale	80% des frais réels limités à 9% PMSS
Implantologie :	
racine - limitée à 3 actes par an	} 80% des frais réels limités à 9% PMSS
pilier implantaire - limité à 3 actes par an	
travaux implantaires	
couronne sur implant	
Orthodontie	280% BR
Remboursée par la Sécurité sociale	300% BR
Non remboursée par la Sécurité sociale	200% BR

OPTIQUE (poste limité à un équipement ( 1 monture + 2 verres ) tous les 2 ans, sauf pour les mineurs et en cas de modification de la vue)	
Monture (hors monture solaire)	SS + 130 €
Verre "simple" (a)	SS + 160 €/Verre
Verre "complexe" (c)	SS + 300 €/Verre
Verre "hyper-complexe" (f)	SS + 350 €/Verre
Lentilles remboursées Sécurité sociale	SS + 6% PMSS
Lentilles non remboursées Sécurité sociale y compris jetables	6% PMSS

Prothèse auditive remboursée Sécurité sociale	270% BR
---	---------

Hospitalisation Médicale / Maternité / Chirurgicale	
=>Etablissement conventionné	
Séjour	180% BR
Honoraires :	Praticiens CAS 180% BR Praticiens NON CAS 160% BR
=>Etablissement non conventionné	
Séjour	180% BR
Honoraires :	Praticiens CAS 180% BR Praticiens NON CAS 160% BR
Frais d'accompagnant d'un adhérent de moins de 60 ans (en milieu hospitalier ou foyer "accueil famille")	1,5% PMSS
Forfait journalier	100% FR
Chambre particulière (1) (2)	2,5% PMSS

Cure thermale remboursée Sécurité sociale	100% TC + 6% PMSS
---	-------------------

Divers +	
Participation maternité - sous réserve de l'inscription de l'enfant et uniquement pour l'assuré et/ou son conjoint et sur présentation de l'acte de naissance	6% PMSS
Participation frais d'obsèques - sur présentation des justificatifs de paiement	300,00 €

Pack Innovation	
Ostéopathe - Chiropracteur - Homéopathe - Acupuncteur	25€/séance/A/B (max 3)
Fécondation in vitro	30€/A/B
Vaccins - Contraception féminine - Substituts nicotiniques	25€/A/B
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale	50,00 €
Chirurgie de la myopie non remboursée par la Sécurité sociale	7% PMSS/œil
Analyses hors nomenclature	30€/A/B

Services +	
Réalisation de devis en dentaire et optique, préalablement à vos dépenses de santé	
PSM (Priorité Santé Mutualiste), Action sociale, Assistance, Accès aux centres de soins mutualistes...	OUI
Tiers payant	
Réseaux de soins Itélis	



Contrats responsables

Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats responsables et les décrets pris pour son application (notamment les décrets 2005-1226 du 29/09/2005, 2007-1937 du 26/12/2007 et 2014-1374 du 18/11/2014).

Ne sont ainsi pas prises en charge la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 euro au 01.01.2005), les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés et les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 euro par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaires médicaux, 2 euros par transport, au 01.01.2008).

Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définies à l'article R871-2 1° du Code de la Sécurité sociale 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 dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS (contrat d'accès aux soins) prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale sont pris en charge par la Mutuelle dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge pour les médecins adhérents au CAS minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable.

Les prestations de prévention figurant sur la liste publiée au Journal Officiel du 18 juin 2006 sont remboursées dans les conditions prévues par la présente garantie et au minimum à hauteur de 100% du Ticket Modérateur.

Par ailleurs, les prestations définies sont conformes aux exigences posées par l'article L911-7 du Code de la Sécurité sociale relatif à la couverture minimale obligatoire dite Panier de soins. Dans ce cadre sont pris en charge dans les limites et plafonds définies par la grille :

- les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article D911-1 1° du même code, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ;
- les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article D911-1 3° du même code (frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale), sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale à hauteur de 125% de la Base de Remboursement Sécurité sociale.



Optique

Verre "simple" : verre a) du 3° de l'art R871-2 du code de la Sécurité sociale (Décret n°2014-1374).

Verre "complexe" : verre c) du 3° de l'art R871-2 du code de la Sécurité sociale (Décret n°2014-1374).

Verre "hyper complexe" : verre f) du 3° de l'art R871-2 du code de la Sécurité sociale (Décret n°2014-1374).

La limitation de 2 ans s'apprécie à compter de la date d'achat du précédent équipement.

Elle est réduite à 1 an si le bénéficiaire est mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (sur présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale).

Notes et Lexique

Les remboursements incluent la part de la Sécurité sociale et sont effectués dans la limite des frais engagés. La participation forfaitaire (de 18€ au 01/09/2006) est prise en charge par la Mutuelle.

**FR** : Frais Réels engagés et justifiés

**A/B** : Par An et par Bénéficiaire

**BR** : Base de Remboursement de la Sécurité sociale

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'événement

**TM** : Ticket Modérateur, différentiel entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le remboursement de cette dernière

**TFR** : Tarif Forfaitaire de Responsabilité appliqué en cas d'existence d'un médicament générique

(1) Les remboursements de la maison de repos et de l'hospitalisation psychiatrique sont plafonnés à 30 jours par an

(2) Les remboursements de la maison de repos ne sont pris en charge que suite à une hospitalisation

