

Garanties Santé “Résidents EHPAD/USLD”



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 le décret 2019-21 du 11/01/2019 modifiant l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale). Le remboursement total (Sécurité sociale + mutuelle(s)) est limité aux frais réels engagés. Les prestations s'entendent y compris celles versées par la Sécurité sociale.

Garanties en vigueur au 1^{er} mai 2023

SOINS COURANTS		EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4	EHPAD 5
Honoraires médicaux						
Consultations - Visites (Généralistes)	DPTM	130%	150%	200%	220%	250%
	HORS DPTM	110%	125%	150%	180%	200%
Consultations - Visites (Spécialistes)	DPTM	140%	160%	230%	250%	280%
	HORS DPTM	120%	135%	170%	200%	200%
Consultation d'un médecin expert ⁽¹⁾		100 €/an	130 €/an	175 €/an	185 €/an	200 €/an
Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM	100%	100%	100%	100%	100%
	HORS DPTM	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de chirurgie (ADC) - Actes d'anesthésie (ADA)	DPTM	130%	160%	200%	230%	280%
	HORS DPTM	110%	130%	175%	190%	200%
Imagerie médicale : Actes d'imagerie (ADI), Actes d'échographie (ADE)	DPTM	100%	100%	100%	100%	100%
	HORS DPTM	100%	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale		100 €/an	120 €/an	135 €/an	145 €/an	160 €/an
Honoraires paramédicaux (honoraires des auxiliaires médicaux)		100%	100%	100%	100%	100%
Analyses médicales et examens de laboratoire		100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale		100% TFR				
Médicaments prescrits non remboursés		-	25 €/an	35 €/an	45 €/an	50 €/an
Matériel médical figurant sur la liste LPPR :						
- Prothèses médicales dont Orthopédie		130%	160%	230%	250%	280%
- Supplément prothèses liées à la chimiothérapie (capillaire, mammaire)		-	30 €/an	50 €/an	100 €/an	100 €/an
- Grand appareillage (fauteuil roulant...)		100%	100%	100%	100%	100%
Soins effectués à l'étranger		100%	100%	100%	100%	100%

PRÉVENTION

Les prestations de prévention figurant dans la liste publiée au Journal officiel du 18 juin 2006 sont remboursées dans les conditions de prise en charge de la présente garantie et au minimum à hauteur de 100% du Ticket Modérateur

Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, sur prescription médicale	90 €/an	115 €/an	140 €/an	150 €/an	160 €/an
Pédicures, podologues, médecines douces ⁽²⁾	90 €/an	135 €/an	150 €/an	180 €/an	240 €/an
Nutritionniste, Diététicien (limité à 2 séances par an)	40 € par séance	40 € par séance	45 € par séance	45 € par séance	50 € par séance

HOSPITALISATION

Forfait journalier hospitalier (hors établissements médico-sociaux)	100 % FR					
Honoraires	DPTM	140%	160%	210%	230%	280%
	HORS DPTM	120%	130%	180%	190%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%	100%	
Chambre particulière en médecine et chirurgie (avec nuitée)	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour	60 €/jour	60 €/jour	
	15 jours/an	30 jours/an	30 jours/an	30 jours/an	35 jours/an	
Frais d'accompagnant (nuitée en milieu hospitalier ou foyer « accueil famille ») limité à 25 jours par an	50 €/jour	50 €/jour	55 €/jour	55 €/jour	55 €/jour	

DENTAIRE

Soins et prothèses « 100% Santé » *	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF						
Soins et prothèses « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres »	Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous, dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé.						
Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	130%	160%	210%	230%	280%		
Inlay-Onlay	160%	230%	330%	340%	360%		
Prothèses	Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (y compris couronne sur implant)	⁽³⁾ Dents visibles et	170%	260%	320%	340%	360%
		Dents non visibles	150%	210%	260%	320%	340%
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale	Voir autres frais	Voir autres frais	Voir autres frais	Voir autres frais	Voir autres frais		
Orthodontie							
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	160%	180%	250%	280%	320%		
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	150 €/an	180 €/an	220 €/an	250 €/an	280 €/an		
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale :							
Prothèses, Parodontologie, Implant	50 €/an	150 €/an	200 €/an	240 €/an	260 €/an		
Plafond poste dentaire forfait /an/ bénéficiaire	néant	néant	1 200 €/an	1 400 €/an	1 600 €/an		

OPTIQUE poste limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ⁽⁴⁾	EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3	EHPAD 4	EHPAD 5
---	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Équipement « 100% santé » (verres et monture de classe A) *

Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

Les forfaits ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale

Équipement à tarifs libres (verres et monture de classe B) :

	Forfait monture	90 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Forfait équipement verres et monture solaire exclue	2 verres simples	100 €	130 €	200 €	260 €	290 €
	2 verres complexes	125 €	150 €	250 €	290 €	310 €
	2 verres très complexes	145 €	170 €	290 €	310 €	340 €

Équipement mixte (panachage verres / monture de classe A ou B)

Prise en charge selon les forfaits définis ci-dessus comprenant une prise en charge intégrale à hauteur des PLV pour la partie relevant de la classe A

Lentilles remboursées par la Sécurité sociale 100 % 100 % 100 % 100 % 100 %

Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale 100 €/œil 110 €/œil 225 €/œil 300 €/œil 330 €/œil

AIDES AUDITIVES poste limité à un équipement par oreille tous les 4 ans ⁽⁵⁾					
--	--	--	--	--	--

Équipement « 100% santé » (classe I) *

Prise en charge intégrale dans la limite des PLV

Équipement à tarifs libres (classe II) :

Les forfaits ci-dessous s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale

Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale, dans la limite de 1 700 € / oreille 100 % BR + 140 € 100 % BR + 280 € 100 % BR + 560 € 100 % BR + 980 € 100 % BR + 1 100 €

Entretien appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale 140 % BR + 10 €/an 160 % BR + 15 €/an 240 % BR + 30 €/an 260 % BR + 35 €/an 270 % BR + 40 €/an

CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale ⁽⁶⁾					
--	--	--	--	--	--

Frais d'établissement thermal, Surveillance médicale, Transport, Hébergement 110 % BR + 70 €/an 120 % BR + 140 €/an 140 % BR + 200 €/an 160 % BR + 250 €/an 200 % BR + 250 €/an

DIVERS					
---------------	--	--	--	--	--

Transport remboursé par la Sécurité sociale 100 % BR 100 % BR 100 % BR 100 % BR 100 % BR

Transport non remboursé par la Sécurité sociale 120 €/an 165 €/an 210 €/an 215 €/an 220 €/an

Forfait actes « lourds » Pris en charge Pris en charge Pris en charge Pris en charge Pris en charge

Tiers Payant OUI OUI OUI OUI OUI

Réseau de soins ITELIS ITELIS ITELIS ITELIS ITELIS

LEXIQUE

FR : Frais Réels - **BR (R) :** Base de Remboursement (Reconstituée) de la Sécurité sociale - **TFR :** Tarif Forfaitaire de Responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003) - **TM :** Ticket Modérateur, différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant qu'elle rembourse - **TC :** Tarif de convention de la Sécurité sociale - **TA :** Tarif d'Autorité, sur la base duquel s'effectue le calcul du remboursement d'un acte médical dispensé par un médecin non conventionné - **LPPR :** Liste des Produits et des Prestations Remboursables - **PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année de l'évènement - **DPTM :** Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) - **CAS :** Contrat d'accès aux soins - **OPTAM :** Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - **OPTAM CO :** Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée en Chirurgie Obstétrique - **HLF :** Honoraires limites de facturation - **PLV :** Prix limites de vente.

* Tels que définis réglementairement.

Les prestations Hors DPTM sont exprimées dans le respect des limites du contrat responsable. Les frais non pris en charge par la Sécurité sociale ou considérés hors nomenclature par le Régime obligatoire d'assurance maladie ou non-inscrits à la classification commune des actes médicaux ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf ceux pour lesquels une prestation est expressément définie dans le tableau des garanties ci-dessus.

(1) Consultation d'un médecin expert en cas de renouvellement de la mesure non justifiée par une demande expresse du Juge (par an). Consultation d'un médecin expert inscrit sur la liste du Procureur de la République en cas de placement sous protection / Aggravation de la mesure / demande expresse du juge des tutelles (par an).

(2) Médecines douces : ostéopathes (détenteur d'un n°ADELI), chiropracteurs, homéopathes, acupuncteurs, ergothérapeutes dès lors qu'ils sont dispensés par des professionnels de santé au sens du code de la Santé Publique.

(3) DENTS VISIBLES (Mâchoire : Incisives (n° : 11, 12, 21, 22) - Canines : (n° : 13, 23) - 1^{res} prémolaires (n° : 14, 24) et Mandibule : Incisives (n° : 31, 32, 41, 42) - Canines (n° : 33, 43) - 1^{res} prémolaires (n° : 34, 44). DENTS NON VISIBLES (Mâchoire : 2^{es} prémolaires (n° : 15, 25) - Molaires (n° : 16, 17, 26, 27) - Dents de sagesse (n° : 18, 28) - Mandibule : 2^{es} prémolaires (n° : 45, 35) - Molaires (n° : 46, 47, 36, 37) - Dents de sagesse (n° : 48, 38).

(4) Limité à la prise en charge d'un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, pour les moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue ou en présence de certaines pathologies (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). La limitation de 2 ans s'apprécie à compter de la date de délivrance du précédent équipement, c'est-à-dire la date de soins retenue par la Sécurité sociale sur ses décomptes. La prise en charge de deux équipements sur la période de 2 ans est possible pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin (deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits

précités) et ceux présentant une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique (deux équipement de corrections différentes à porter en alternance). Les règles de couverture définies par les garanties et les contrats responsables s'appliquent à chacun des équipements considérés individuellement. Les prestations sont versées dans le respect des minima et maxima définis par la réglementation. Les suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction, appairage, filtre, autres suppléments) sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV pour les verres de classe A et à hauteur du ticket modérateur pour les verres de classe B et les verres de classe A lorsqu'il n'existe pas de PLV.

(5) Limité à la prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans. Cette limite s'apprécie à compter de la date de délivrance de l'aide auditive précédente, c'est-à-dire la date de facturation de l'aide auditive. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(6) Dans la limite des frais réels et sur présentation des justificatifs de dépenses. Les bases de remboursements et Tarifs de Convention de la Sécurité sociale sont consultables sur le site internet de l'Assurance maladie www.ameli.fr, rubrique Assurés, onglet remboursements.

RÉGLEMENTATION

Sont pris en charge par la Mutuelle, dans les limites et plafonds définis par la grille :

- Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article R871-2 1° du Code de la Sécurité sociale, sous réserve de l'obligation de prise en charge.

- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale dans la limite de 100 % du tarif opposable et du montant pris en charge pour les médecins adhérents à un DPTM minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable.

- Les équipements optique (verres et monture) dans le respect des minima et maxima définis par l'article R871-2 3° du Code de la Sécurité sociale.

- Les aides auditives dans le respect des minima et maxima définis par l'article R871-2 4° du Code de la Sécurité sociale.