Garantie Régime Normal au 01/01/2025 (1)

INDIVIDUELS - FRONTALIERS - Annexe 4

Siren : 342 211 265 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. en application du Règlement Mutualiste Individuels - Version du 21/07/2025

Les taux sont exprimés en pourcentage de la BR* ou de la BRC* (Régime Obligatoire inclus) **ou en forfait par bénéficiaire** (Régime Obligatoire inclus) **ou en pourcentage des frais réels (1)**		**RÉGIME OBLIGATOIRE Français**	**REGIME OBLIGATOIRE CNS / RCAM**	**REGIME OBLIGATOIRE CAISSES BELGES**
OPTIQUE (7)				
Equipement - 100% santé (5-8) *Par période de 2 ans suivant la date d'acquisition sauf exceptions*	Monture + Verres	PEC* intégrale dans la limite du PLV (ou TM* lorsqu'il n'existe pas de PLV*)	Non applicable (17)	Non applicable (17)
	Suppléments et prestations optique (9)		Non applicable (17)	Non applicable (17)
Equipement - Tarif libre (8-16) *Par période de 2 ans suivant la date d'acquisition sauf exceptions*	Monture	70€ (15)		
	Verre simple (par verre)	1ère année : 30€ (15) dès la 2ème année : 40€ (15)		
	Verre complexe (par verre)	1ère année : 80€ (15) dès 2nde année : 110€ (15)		
	Verre très complexe (par verre)	1ère année : 130€ (15) dès la 2ème année : 180€ (15)		
	Suppléments et prestations optique (9)	100%	100%	100%
Lentilles correctives tous types *forfait d'adaptation à hauteur de 50% compris* (8)		1ère année : 120€ *(TM* inclus)* dès la 2ème année : 200€ *(TM* inclus)*		
Chirurgie oculaire *(presbytie, astigmatisme, hypermétropie, myopie)*		-	-	-
DENTAIRE (10)				
Soins et prothèses dentaires - 100% santé (5)		PEC* intégrale dans la limite du PLF*	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Soins et prothèses dentaires - Tarif maîtrisé ou tarif libre				
Soins et consultations dentaires remboursés par le RO/RC*		100%	100% (13)	100% (13)
Inlay/onlay remboursé par le RO/RC*		220%	220% (13)	220% (13)
Prothèses dentaires et inlay-core remboursés par le RO/RC*	Max. 1100€	200% + TM*	200% + TM* (13)	200% + TM* (13)
Forfait supplémentaire prothèses dentaires remboursées par le RO/RC*et dentaire refusé par le RO/RC**(suivant liste)(2)*		140€ (13)		
Parodontologie non remboursée par le RO/RC* *Uniquement surfaçage et curetage*				
Orthodontie non remboursée par le RO/RC*(11) *Après accord - uniquement sur traitement*				
Implants dentaires *- 3 implants max/an, forfait par implant*		-	-	-
Orthodontie acceptée par le RO/RC* *Forfait max/an attribué sur le supplément, au prorata de la période de soins*		300€ + TM* (13)		
HOSPITALISATION				
Frais de Séjour *(Ticket modérateur)*		150%	Hospitalisation : 26,14€/j. Hôpital jour & place de surveillance : 13,07€/j. (14)	150%
Forfait journalier hospitalier - médecine/chirurgie *(20 €)* *Sauf établissements médicaux-sociaux et addictologie*		Frais réels		Non applicable (17)
Forfait journalier hospitalier - psychiatrie *(15 €)*		Frais réels		Non applicable (17)
Franchise sur les actes dits « lourds » *(24 €)*		Frais réels	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Forfait patient urgences		Forfait nominal : 19,61€ Forfait minoré : 8,49€	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Dépassements d'honoraires sur actes de chirurgie, d'anesthésie et obstétrique		-	-	-
Forfait Chambre particulière (6) *Hors téléphone et télévision*		-	-	-
Forfait télévision *Sur facture détaillée et acquittée*		-	-	-
Forfait confort ambulatoire		-	-	-
Frais d'accompagnement *(un parent pour enfant de moins de 12 ans)*	Max 60 j.	30€ / jour	30€ / jour	30€/jour
SOINS COURANTS (18)				
Consultations et visites Généralistes		100%	100%	100%
Consultations Spécialistes		100%	100%	100%
Consultations Psychologues remboursées par le RO/RC*		100%	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Auxiliaires médicaux		100%	100%	100%
Analyses médicales		100%	100%	100%
Actes techniques médicaux - Actes d'imagerie et d'échographie		100%	100%	100%
Soins externes ou ambulatoires		100%	100%	100%
Transport remboursable		100%	100%	100%
Transport urgent non remboursable		-	-	45% des frais réels
Densitométrie osseuse remboursée par le RO/RC*		100%	100%	100%
Densitométrie osseuse non remboursée par le RO/RC'	Max. 46€	Examen : 50%	Examen : 50%	Examen : 50%
MÉDECINES DOUCES				
Podologue *(uniquement sur soins médicaux effectués par un podologue)*		-	-	-
Autres médecines douces *(suivant liste)(12)*	Max. 100€	50% des frais réels	50% des frais réels	50% des frais réels
Homéopathie *(produits non remboursés sur prescription médicale)*		Forfait 20€		
PHARMACIE				
Médicaments et produits pharmaceutiques remboursables		100%	100%	100%
Médicaments non remboursés par le RO/RC* *Sur prescription médicale, suivant liste*	Max. 100€	50% des frais réels	50% des frais réels	50% des frais réels
Accessoires/produits paramédicaux non remboursés par le RO/RC**(sur prescription médicale, suivant liste)*	Max. 100€	50% des frais réels	50% des frais réels	50% des frais réels
Contraceptif féminin non remboursés par le RO/RC**(suivant liste)*		Forfait 150€		

PHARMACIE (SUITE)			
Vaccins *(anti-grippe, otite, méningite, hépatite A, gastro-entérite - sur prescription médicale)*	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Sevrage tabagique *(uniquement traitement nicotinique de substitution sur prescription médicale)*	Forfait 150€		
APPAREILLAGE			
Equipement - 100% santé | Prothèse capillaire (5)	PEC* intégrale dans la limite du PLV*	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Equipement - Tarif modéré ou tarif libre | Prothèse capillaire	150%	150% (13)	150% (13)
Petit appareillage *Prothèse orthopédique, mammaire, etc.*	150%	150% (13)	150% (13)
Bas à varices	150% (plafond de 150€ sur le supplément) + TM* (13)		
Grand appareillage *Achat lit médicalisé, fauteuil roulant, etc.*	Secours suivant devis et après accord du C.A*	Secours suivant devis et après accord du C.A* (13)	Secours suivant devis et après accord du C.A* (13)
CURE THERMALE (3)			
Cure thermale acceptée par le RO/RC* *Forfait incluant les consultations, l'hébergement et le transport* *Limité à 1 cure/an tous pays confondus*	Forfait/pers à 65% (ou à Forfait/pers. à 90% ou 100% : 112€	Forfait/pers. : 150€ (pour les cures thermales réalisées au Luxembourg)	Forfait/pers. : 150€ (pour les cures thermales réalisées en Belgique)
AIDES AUDITIVES (4)			
Equipement - 100% santé (5) *Par période de 4 ans suivant la date d'acquisition*	PEC* intégrale dans la limite du PLV*	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Equipement - Tarif libre	Forfait/oreille : 325€ *(TM* inclus)* (13)		
Forfait supplémentaire piles appareil auditif *remboursées par le RO/RC**	Forfait 30€ + TM* (13)		
Accessoires et réparations d'appareillages auditifs *remboursés par le RO/RC** Max. 100€	50% des frais réels + TM*	50% des frais réels + TM* (13)	50% des frais réels + TM* (13)
Inclus à votre adhésion Mutlor : Téléconsulation médicale 24h/24 et 7j/7 avec le service Medaviz. Appelez un médecin par téléphone au 09 73 05 40 16 ou depuis l'application Medaviz (disponible sur Apple Store et Google Play)			

*Abréviations

BR : Base de remboursement = Tarif de référence fixé par l'Assurance Maladie française pour chaque prestation de santé qu'elle prend en charge.
BRC : Base de remboursement du Régime Commun = Tarif de référence fixés par les régimes communs luxembourgeois ou belge.
CA : Conseil d'Administration
PEC : Prise En Charge
PLF : Prix Limite de Facturation
PLV : Prix Limite de Vente
RC : Régime Commun
RO : Régime Obligatoire
TM : Ticket Modérateur

Annexes

Listes : suivant annexes du règlement mutualiste

(1) Les Forfaits ou Limites « max » sont versés par bénéficiaire par périodes de 12 mois suivant la date de renouvellement des forfaits.
Attention : tous nos forfaits incluent le remboursement du régime obligatoire (sécurité sociale française, CNS, caisses belge, …).
En cas d'intervention de plusieurs organismes à un même niveau de couverture, les limites prévues par le cahier des charges du contrat responsable seront appliquées en prenant en compte les éventuels remboursements déjà effectués par d'autres organismes.
(2) Les honoraires pour convenance personnelle codifiés CP8 sont inclus dans le forfait (suivant liste).
(3) Sur présentation d'une facture acquittée du centre thermal accompagnée d'une attestation de fin de séjour.
Pour la réalisation d'une cure complète de 3 semaines. En cas de durée réduite, ce forfait est remboursé au prorata de la période de soins.
(4) Limité à la prise en charge d'un appareil par période de 4 ans, à compter de la date d'acquisition.
(5) Tels que définis réglementairement. Sous réserve du respect par le professionnel de santé du prix limite de vente ou prix limite de facturation prévu par la réglementation.
(6) Les suppléments liés à une hospitalisation en chambre de 1ère classe ne sont pas remboursables au Luxembourg, et en Belgique.
(7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans suivant la date d'acquisition, 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.
(8) Pour les personnes affiliées à un régime obligatoire français : sur prescription médicale en cours de validité établie par un médecin ophtalmologue ou orthoptiste. Pour les personnes affiliées à la CNS : sur présentation du décompte CNS et de la facture détaillée et de la prescription du médecin ophtalmologue le cas échéant. Les verres photochromiques sont pris en charge sur présentation de la prescription médicale d'un ophtalmologue ou d'un orthoptiste. Sans mention spécifique de traitement photochromique sur cette prescription médicale, les verres sont remboursés sur la base des tarifs en vigueur de la catégorie des "verres blancs" listés dans la nomenclature LPP.
(9) L'instruction de la DSS du 29 mai 2019 précise que les plafonds de remboursement par équipement n'incluent pas la prise en charge des prestations d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle, ni le supplément pour les verres avec filtre.
(10) Au-delà du forfait annuel, le ticket modérateur est couvert à 100 %.
(11) Hors bilan et période de contention.
(12) Autres médecines douces : suivant annexe du règlement mutualiste individuel en vigueur.
(13) Pour les personnes affiliées à un Régime Obligatoire Luxembourgeois ou Belge : sur présentation du décompte du Régime Obligatoire et de la facture détaillée.
(14) Participation statutaire journalière selon évolution des tarifs en vigueur, à compter du 01/09/2024.
(15) Pour les personnes affiliées à un régime obligatoire français : Régime Obligatoire inclus.
(16) Le forfait monture ne peut excéder 100€. Dans tous les cas, la mutuelle doit respecter les plafonds suivants pour les équipements de classe B (remboursement Régime Obligatoire +Mutuelle) : 420€ pour 2 verres simples + 1 monture / 560€ pour 1 verre simple + 1 verre complexe + 1 monture / 700€ pour 2 verres complexes + 1 monture / 610 € pour 1 verre simple + 1 verre très complexe + 1 monture / 750 € pour 1 verre complexe + 1 verre très complexe + 1 monture / 800 € pour 2 verres très complexes + 1 monture.
(17) Frais de soins ou dispositifs non existants dans la nomenclature ou la législation luxembourgeoise ou belge.
(18) Les honoraires pour convenance personnelle codifiés CP1 et CP2 sont remboursés aux frais réels en complément des participations Mutlor mentionnées.

1 - Avec intervention préalable d'un Régime Obligatoire Français, pour les prestations dispensées en France ou à l'étranger
Conformément au dispositif des Contrats Responsables, nos prestations couvrent intégralement le Ticket Modérateur et excluent la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré, mentionnées au II et III de l'art. L.322-2 du code de la Sécurité Sociale , ainsi que la participation de l'assuré en l'absence de médecin traitant ou dans le cas de dépenses de santé n'ayant pas respecté le parcours de soins instauré par la loi N° 2004-810 du 13/08/2004.
Nos remboursements incluent la participation du Régime Obligatoire Français et sont effectués dans la limite de la dépense réelle pour chaque ayant-droit. Les soins à l'étranger sont remboursés sur présentation du décompte de prise en charge du Régime obligatoire française et de la facture détaillée correspondante.

2 - Avec intervention préalable d'un Régime Commun, pour les prestations dispensées au Luxembourg ou en Belgique ou à l'étranger
Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais selon les modalités prévues au tableau de garanties, participation du Régime Commun Belge ou Luxembourgeois incluse. Les dispositions réglementaires liées aux Contrats Responsables et aux paniers de soins 100% santé ne sont pas applicables aux soins pratiqués au Luxembourg et en Belgique.
Les soins sont remboursés sur présentation du décompte de prise en charge de votre Régime Commun et de la facture détaillée correspondante.

3 - Sans intervention d'un Régime Obligatoire ou d'un Régime Commun, pour les prestations dispensées en Europe
Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire Français ou les Régimes Communs Luxembourgeois et Belges, effectués en Europe, peuvent être couverts dans la limite des garanties et forfaits souscrits sous réserve de présentation des justificatifs nécessaires au traitement de votre demande de remboursement.