

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)				
Equiperment - 100% santé (5-8)				
<i>Par période de 2 ans</i>				
<i>suivant la date d'acquisition</i>				
<i>sauf exceptions</i>				
Equiperment - Tarif libre (8-16)				
<i>Par période de 2 ans</i>				
<i>suivant la date d'acquisition</i>				
<i>sauf exceptions</i>				
Monture + Verres		PEC* intégrale dans la limite du	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Suppléments et prestations		PLV (ou TM* lorsqu'il n'existe pas	Non applicable (17)	Non applicable (17)
optique (9)		de PLV*)		
Lentilles correctives tous types			1ère année : 120€ (TM* inclus)	
<i>forfait d'adaptation à hauteur de 50% compris (8)</i>			dès la 2ème année : 200€ (TM* inclus)	
Chirurgie oculaire (<i>presbytie, astigmatisme, hypermétropie, myopie</i>)		-	-	-
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* (<i>suivant liste</i>)(2)				
Parodontologie non remboursée par le RO/RC*			140€ (13)	
<i>Uniquement surfaçage et curetage</i>				
Orthodontie non remboursée par le RO/RC*(11)				
<i>Après accord - uniquement sur traitement</i>				
Implants dentaires - 3 implants max/an, forfait par implant		-	-	-
Orthodontie acceptée par le RO/RC*			300€ + TM* (13)	
<i>Forfait max/an attribué sur le supplément, au prorata de la période de soins</i>				
HOSPITALISATION				
Frais de Séjour (<i>Ticket modérateur</i>)		150%	Hospitalisation : 26,14€/j.	150%
Forfait journalier hospitalier - médecine/chirurgie (20 €)		Frais réels	Hôpital jour & place de surveillance : 13,07€/j. (14)	Non applicable (17)
<i>Sauf établissements médicaux-sociaux et addictologie</i>				
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)		-	-	-
<i>Hors téléphone et télévision</i>				
Forfait télévision		-	-	-
<i>Sur facture détaillée et acquittée</i>				
Forfait confort ambulatoire		-	-	-
Frais d'accompagnement	Max 60 j.	30€ / jour	30€ / jour	30€/jour
<i>Un parent pour 1 enfant de moins de 12 ans</i>				
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 (<i>uniquement sur soins médicaux effectués par un podologue</i>)		-	-	-
Autres médecines douces (<i>suivant liste</i>)(12)		80% des frais réels	80% des frais réels	80% des frais réels
Homéopathie (<i>produits non remboursés sur prescription médicale</i>)			Forfait 20€	
PHARMACIE				
Médicaments et produits pharmaceutiques remboursables		100%	100%	100%
Médicaments non remboursés par le RO/RC*	Max. 100€	50% des frais réels	50% des frais réels	50% des frais réels
<i>Sur prescription médicale, suivant liste</i>				
Accessoires/produits paramédicaux non remboursés par le RO/RC* (<i>sur prescription médicale, suivant liste</i>)	Max. 100€	50% des frais réels	50% des frais réels	50% des frais réels
Contraceptif féminin non remboursés par le RO/RC* (<i>suivant liste</i>)			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 et Véhicule pour Personne en situation de Handicap (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 remboursé par le RO/RC*		150%	150% (13)	150% (13)
Grand appareillage non remboursé par le RO/RC*		Secours suivant dépôt de dossier et après accord de MUTLOR	Secours suivant dépôt de dossier et après accord de MUTLOR (13)	Secours suivant dépôt de dossier et après accord de MUTLOR (13)
CURE THERMALE (3)				
Cure thermale acceptée par le RO/RC*		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)
Forfait incluant les consultations, les soins, l'hébergement et le transport Limité à 1 cure/an tous pays confondus				
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 : Téléconsultation 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	RC : Régime Commun		
	PLF : Prix Limite de Facturation	RO : Régime Obligatoire		
	PLV : Prix Limite de Vente	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.
- Le remboursement intégral ou renforcé (au-delà du Ticket Modérateur) est conditionné à la présentation de justificatifs exigée par la mutuelle selon le poste de soins (factures, décomptes de la Sécurité Sociale, prescriptions, etc.). Si ces documents ne sont pas fournis, la mutuelle limite son remboursement au strict minimum légal, c'est à dire le Ticket Modérateur (la part non remboursée par la Sécurité).
- (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 ou du distributeur 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 professionnel de santé autorisé. Pour les personnes affiliées à la CNS : sur présentation du décompte CNS et de la facture détaillée et de la prescription du professionnel de santé autorisé. Les verres photochromiques sont pris en charge sur présentation de la prescription médicale du professionnel de santé autorisé. 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, les prestations remboursées par le RO/RC sont couvertes à hauteur de 125%.
- (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.