

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)

OPTIQUE (7)

Equipement - 100% santé (5-8)

Par période de 2 ans suivant la date d'acquisition sauf exceptions	Monture + Verres Suppléments et prestations optique (9)	PEC* intégrale dans la limite du PLV* (ou TM* lorsqu'il n'existe pas de PLV*)	Non applicable(17)	Non applicable(17)
			Non applicable(17)	Non applicable(17)

Equipement - Tarif libre (8-16)

Par période de 2 ans suivant la date d'acquisition sauf exceptions	Monture Verre simple (par verre) Verre complexe (par verre) Verre très complexe (par verre) Suppléments et prestations optique (9)		100€ (RO* inclus) 1ère année : 60€ (15) dès la 2ème année : 100€ (15) 1ère année : 120€ (15) dès 2nde année : 200€ (15) 1ère année : 200€ (15) dès la 2ème année : 300€ (15)	100%
Lentilles correctives tous types			1ère année : 160€ (TM* inclus) dès la 2ème année : 260€ (TM* inclus)	100%

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*		160%	160% (13)	160% (13)
Inlay/onlay remboursé par le RO/RC*		300%	300% (13)	300% (13)
Prothèses dentaires et inlay-core remboursés par le RO/RC*	Max. 1300€	200% + TM*	200% + TM*	200% + TM*
Forfait supplémentaire prothèses dentaires remboursées par le RO/RC* et dentaire refusé par le RO/RC* (suivant liste)(19)				
Parodontologie non remboursée par le RO/RC*			1ère année : 150€ (13)	
Uniquement surfaçage et curetage			dès la 2ème année : 270€ (13)	
Orthodontie non remboursée par le RO/RC* (11)				
Après accord - uniquement sur traitement				

HOSPITALISATION

Frais de Séjour (Ticket modérateur)		200%	Hospitalisation : 26,14€	200%
Forfait journalier hospitalier - médecine/chirurgie (20 €)		Frais réels	Hôpital de jour & place de surveillance : 13,07€ (14)	Non applicable (17)
Sauf établissements médicaux-sociaux et addictologie				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)
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		200% ou 180% (2)	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Forfait Chambre particulière (6)	Max 2500€	70€ / jour	Séjour en chambre 1ère classe (hors suppléments liés) : 70€ / jour	Séjour en chambre 1ère classe (hors suppléments liés) : 70€ / jour
Hors téléphone et télévision			5€ / jour	5€ / jour
Forfait télévision (sur facture détaillée et acquittée)	Max 20 jours	40€ / acte	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Forfait confort ambulatoire	Max. 300€	70€ / jour	70 €/jour	70€/jour
Frais d'accompagnement (20)				
Pour une personne hospitalisée	Max 2500€			

SOINS COURANTS (18)

Consultations et visites Généralistes		140% ou 120% (2)	140%	140%
Consultations Spécialistes		200% ou 180% (2)	200%	200%
Consultations Psychologues remboursées par le RO/RC*		100%	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Auxiliaires médicaux		160%	160%	160%
Analyses médicales		160%	160%	160%
Actes techniques médicaux - Actes d'imagerie et d'échographie		170% ou 150% (2)	170%	170%
Soins externes ou ambulatoires		170% ou 150% (2)	170%	170%
Transport remboursable		160%	160%	160%
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*			Examen : 50% (max. 80€) Traitement : 30% des frais réels	

MÉDECINES DOUCES

Podologue (uniquement sur soins médicaux effectués par un podologue)			Forfait 100€	
Autres médecines douces (suivant liste) (12)	Max. 200€	80% des frais réels	80% des frais réels	80% des frais réels
Homéopathie (produits non remboursés sur prescription médicale)			Forfait 40€	

PHARMACIE

Médicaments et produits pharmaceutiques remboursables		100%	100%	100%
Médicaments non remboursés par le RO/RC*	Max. 150€	50% des frais réels	50% des frais réels	50% des frais réels
Sur prescription médicale, suivant liste				
Accessoires/produits paramédicaux non remboursés par le RO/RC* (sur prescription médicale, suivant liste)	Max. 200€	50% des frais réels	50% des frais réels	50% des frais réels
Contraceptif féminin non remboursés par le RO/RC* (suivant liste)			Forfait 200€	

PHARMACIE (suite)

Vaccins (<i>anti-grippe, otite, méningite, hépatite A, gastro-entérite - sur prescription médicale</i>)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Sevrage tabagique (<i>uniquement traitement nicotinique de substitution sur prescription médicale</i>)	Forfait 200€		
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 libre ou reste à charge modéré	300%	300% (13)	300% (13)
Prothèse capillaire			
Petit appareillage remboursé par le RO/RC*	300%	300% (13)	300% (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* <i>Forfait incluant les consultations, les soins, l'hébergement et le transport</i>	Forfait / personne à 65% : 345€ Forfait / personne à 100% : 259€ Forfait / personne à 90% (ou à l'étranger) : 284€	Forfait/ personne : 284 € (pour les cures thermales réalisées au Luxembourg)	Forfait / personne : 284 € (pour les cures thermales réalisées en Belgique)
AIDES AUDITIVES (4)			
Equipement - 100% santé (5) <i>Par période de 4 ans suivant la date d'acquisition</i>	PEC* intégrale dans la limite du PLV*	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Equipement - Tarif libre		Forfait/oreille : 600€ (TM*inclus)	
Forfait supplémentaire piles appareil auditif remboursées par le RO/RC*		Forfait 80€ + TM*	
Accessoires et réparations d'appareillages auditifs remboursés par le RO*	Max. 200€	50% des frais réels + TM*	50% des frais réels + TM*
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

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.

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) Honoraires des médecins n'adhérant pas aux options pratiques tarifaires maîtrisées (Optam et Optam-CO).

(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.

(19) Les honoraires pour convenance personnelle codifiés CP8 sont inclus dans le forfait (suivant liste).

(20) En cas de naissance d'un enfant le père peut être accompagnant de la mère.

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 français 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 inclus. 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.