

Garanties 2020

Les taux sont exprimés, soit en pourcentages de la base de remboursement de la sécurité sociale
(par exemple : 160% = 70% SS + 90% mutuelle), soit en forfaits par bénéficiaires régime obligatoire inclus (1)

SOINS COURANTS		
Consultations et visites Généralistes		100%
Consultations Spécialistes		100%
Auxiliaires médicaux - Analyses médicales		100%
Actes techniques médicaux - Actes d'imagerie et d'échographie		100%
Soins externes ou ambulatoires		100%
Transport remboursable		100%
Densitométrie osseuse remboursée par le RO		100%
non remboursée par le RO		-
PHARMACIE		
Médicaments remboursables		100%
Accessoires et médicaments non remboursés par le RO (sur prescription médicale, suivant liste)		-
Forfait dermatologie (produits non remboursés sur prescription médicale, suivant liste)		Forfait 140 €
Contraceptifs non remboursés par le RO		Forfait 140 €
Vaccins (anti-grippe, otite, méningite, hépatite A, gastro-entérite)		Frais réels
Sevrage tabagique (sur prescription médicale)		Forfait 100 €
APPAREILLAGE		
Petit Appareillage (Prothèse orthopédique, mammaire, capillaire, etc.)		100%
Bas à varices		100%
Grand appareillage (Achat lit médicalisé, fauteuil roulant, etc.)		-
CURE THERMALE		
Cure thermale acceptée par le RO		Forfait 100 €
<i>(Forfaits incluant les consultations, l'hébergement et le transport)</i>		
AIDES AUDITIVES (3)		
Equipements 100% santé (4) (à compter du 1er janvier 2021)		PEC intégrale dans la limite du PLV *
Aides auditives à tarifs libres		100%
Complément sur les piles		100%
Réparations d'appareillages auditifs		100%
HOSPITALISATION (5)		
Frais de Séjour (Ticket modérateur)		100%
Forfait journalier hospitalier - médecine ou chirurgie (20.00 €) sauf établissements médicaux-sociaux		Frais réels
Forfait journalier hospitalier - psychiatrie (15.00 €)		Frais réels
Franchise sur les actes dits « lourds » (24.00 €)		Frais réels
Acte de chirurgie		-
Chambre particulière (hors téléphone et télévision)		30 € / jour sauf maternité (max. 400€)
Forfait confort ambulatoire		-
Frais d'accompagnement (un parent pour enfant de moins de 12 ans)		-
OPTIQUE (6)		
Equipements 100% santé (4)	Monture	PEC intégrale dans la limite du PLV *
	Verres simples (par verre)	PEC intégrale dans la limite du PLV *
	Verres complexes (par verre)	PEC intégrale dans la limite du PLV *
	Verres très complexes (par verre)	PEC intégrale dans la limite du PLV *
	Suppléments et prestations optique (7)	PEC intégrale dans la limite du PLV * (ou TM lorsqu'il n'existe pas de prix limite de vente)
Equipements à tarifs libres	Forfait monture	40 €
	Forfait verres simples (par verre)	30 €
	Forfait verres complexes (par verre)	100 €
	Forfait verres très complexes (par verre)	120 €
	Suppléments et prestations optique (7)	100%
Forfait lentilles correctives tous types (forfait d'adaptation à hauteur de 50% compris)(8)		1ère année : 100€ / dès la 2ème année : 160€
Forfait chirurgie oculaire (presbytie, astigmatisme, hypermétropie, myopie)		-
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires 100% santé (4)		PEC intégrale dans la limite du PLF **
Soins dentaires		100%
Autres prothèses dentaires remboursées par le RO (8)		200% (max. 1 100€)
Prothèses refusées par le RO ou supplément		Forfait 500 € / sur incisives
Implantologie (3 implants max / an)		-
Orthodontie acceptée par le RO (forfait max/an attribué sur le supplément, au prorata de la période de soins)		Forfait 200 €
MEDECINES DOUCES		
Podologie (uniquement sur soins médicaux effectués par un podologue)		-
Ostéopathes, homéopathes, acupuncteurs, diététiciens, psychologues, sophrologues, ...		50% de la dépense (max. 80 €)
Produits non remboursés sur prescription du Naturopathe ou Homéopathe		Forfait 10 €

(*) PLV = Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Vente.

(**) PLF = Prise en charge intégrale dans la limite du Prix Limite de Facturation.

(1) Les Forfaits ou Limites « max » sont versés par bénéficiaire, et au prorata des mois cotisés par périodes de 12 mois suivant la date d'adhésion.

Attention : tous nos forfaits inclus le remboursement du régime obligatoire (sécurité sociale, CNS, caisses belge, ...).

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

(3) Limité à la prise en charge d'un appareil par période de 4 ans, à compter de la date d'acquisition.

(4) Tels que définis règlementairement. Sous réserve du respect par le professionnel de santé du prix limite de vente ou prix limite de facturation prévu par la réglementation.

(5) Pour une hospitalisation de plus de 24h, renseignez-vous pour les coûts pris en charge par le Fonds Social.

L'hospitalisation (ticket modérateur/forfait journalier/franchise actes lourds) n'est pas prise en charge pour les assurés couverts par le régime local en France, en Belgique et au Luxembourg.

Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursables en cas d'hospitalisation en 1ère classe.

(6) 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.

(7) 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.

(8) Au-delà du forfait annuel, le ticket modérateur est couvert à 100 %.

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 SS, 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 de la sécurité sociale 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 de votre Caisse obligatoire.

Exemples de remboursements

Consultation d'un médecin spécialiste en France avec dépassement d'honoraires libres (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)

Contrats	MINI	CONTRAT JEUNE	REGIME NORMAL	REGIME SPECIAL
Prix moyen pratiqué	44€	44€	44€	44€
Remboursement sécurité sociale	21€	21€	21€	21€
Remboursement MUTLOR	9€	9€	9€	23€
Reste à charge (hors franchise médicale)	14€	14€	14€	0€

Réalisation d'une paire de semelles orthopédiques en France par un adhérent bénéficiant uniquement d'un régime obligatoire français

Contrats	MINI	CONTRAT JEUNE	REGIME NORMAL	REGIME SPECIAL
Prix moyen pratiqué	130€	130€	130€	130€
Remboursement sécurité sociale	17,32€	17,32€	17,32€	17,32€
Remboursement MUTLOR	11,54€	11,54€	25,97€	69,26€
Reste à charge (hors franchise médicale)	101,14€	101,14€	86,71€	43,42€

Consultation d'un médecin spécialiste au Luxembourg par un adhérent bénéficiant uniquement d'un régime obligatoire français

Contrats	MINI	CONTRAT JEUNE	REGIME NORMAL	REGIME SPECIAL
Prix moyen pratiqué	50,40€	50,40€	50,40€	50,40€
Remboursement sécurité sociale	17,50€	17,50€	17,50€	17,50€
Remboursement MUTLOR	7,50€	7,50€	7,50€	22,50€
Reste à charge (hors franchise médicale)	25,40€	25,40€	25,40€	10,40€

Réalisation d'une paire de semelles orthopédiques au Luxembourg par un adhérent bénéficiant uniquement d'un régime obligatoire français

Contrats	MINI	CONTRAT JEUNE	REGIME NORMAL	REGIME SPECIAL
Prix moyen pratiqué	200€	200€	200€	200€
Remboursement sécurité sociale	17,32€	17,32€	17,32€	17,32€
Remboursement MUTLOR	11,54€	11,54€	25,97€	69,26€
Reste à charge (hors franchise médicale)	171,14€	171,14€	157,01€	113,42€

Consultation d'un médecin spécialiste au Luxembourg par un adhérent bénéficiant de la CNS (Caisse nationale de santé)

Contrats	MINI	CONTRAT JEUNE	REGIME NORMAL	REGIME SPECIAL
Prix moyen pratiqué	50,40€	50,40€	50,40€	50,40€
Remboursement CNS	44,35€	44,35€	44,35€	44,35€
Remboursement MUTLOR	6,05€	6,05€	6,05€	6,05€
Reste à charge	0€	0€	0€	0€

Réalisation d'une paire de semelles orthopédiques au Luxembourg par un adhérent bénéficiant de la CNS (Caisse nationale de santé)

Contrats	MINI	CONTRAT JEUNE	REGIME NORMAL	REGIME SPECIAL
Prix moyen pratiqué	200€	200€	200€	200€
Remboursement CNS	69,41€	69,41€	69,41€	69,41€
Remboursement MUTLOR	0€	0€	34,70€	130,59€
Reste à charge	130,59€	130,59€	95,89€	0€