

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)**

**Équipement - 100% santé (5-8)**

Par période de 2 ans

suivant la date d'acquisition  
sauf exceptions

**Équipement - Tarif libre (8-16)**

Par période de 2 ans

suivant la date d'acquisition  
sauf exceptions

	RÉGIME OBLIGATOIRE Français	REGIME OBLIGATOIRE CNS / RCAM	REGIME OBLIGATOIRE CAISSES BELGES
Monture + Verres	PEC* intégrale dans la limite du	Non applicable(17)	Non applicable(17)
Suppléments et prestations optique (9)	PLV* (ou TM* lorsqu'il n'existe pas de PLV*)	Non applicable(17)	Non applicable(17)
Monture		100€ (RO* inclus)	
Verre simple (par verre)		1ère année : 60€ (15) dès la 2ème année : 100€ (15)	
Verre complexe (par verre)		1ère année : 120€ (15) dès 2nde année : 200€ (15)	
Verre très complexe (par verre)		1ère année : 200€ (15) dès la 2ème année : 300€ (15)	
Suppléments et prestations optique (9)	100%	100%	100%
Lentilles correctives tous types		1ère année : 160€ (TM* inclus) dès la 2ème année : 260€ (TM* inclus)	
Forfait d'adaptation à hauteur de 50% compris (8)		1ère année : 200€ dès la 2ème année : 500€	
Chirurgie oculaire - Forfait par oeil Presbytie, astigmatisme, hypermétropie, myopie			

**DENTAIRE (10)**

**Soins et prothèses dentaires - 100% santé (5)**

**Soins et prothèses dentaires - Tarif maîtrisé ou tarif libre**

Soins et consultations dentaires remboursés par le RO/RC\*

Inlay/onlay remboursé par le RO/RC\*

Prothèses dentaires et inlay-core

remboursés par le RO/RC\*

Max. 1300€

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\*

Uniquement surfaçage et curetage

Orthodontie non remboursée par le RO/RC\* (11)

Après accord - uniquement sur traitement

Implants dentaires

Orthodontie acceptée par le RO/RC\*

Forfait max/an attribué sur le supplément, au prorata de la période de soins

**HOSPITALISATION**

Frais de Séjour (Ticket modérateur)

Forfait journalier hospitalier - médecine/chirurgie (20 €)

Sauf établissements médicaux-sociaux et addictologie

Forfait journalier hospitalier - psychiatrie (15 €)

Franchise sur les actes dits « lourds » (24 €)

Forfait patient urgences

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 16 ans

**SOINS COURANTS (18)**

Consultations et visites Généralistes

Consultations Spécialistes

Consultations Psychologues remboursées par le RO/RC\*

Auxiliaires médicaux

Analyses médicales

Actes techniques médicaux - Actes d'imagerie et d'échographie

Soins externes ou ambulatoires

Transport remboursable

Transport urgent non remboursable

Densitométrie osseuse remboursée par le RO/RC\*

Densitométrie osseuse non remboursée par le RO/RC\*

**MÉDECINES DOUCES**

Podologue (uniquement sur soins médicaux effectués par un podologue)

Autres médecines douces (suivant liste) (12)

Homéopathie (produits non remboursés sur prescription médicale)

**PHARMACIE**

Médicaments et produits pharmaceutiques remboursables

Médicaments non remboursés par le RO/RC\*

Sur prescription médicale, suivant liste

Accessoires/produits paramédicaux non remboursés

par le RO/RC\* (sur prescription médicale, suivant liste)

Contraceptif féminin non remboursés par le RO/RC\* (suivant liste)

Examen : 50% (max. 80€) | Traitement : 30% des frais réels

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 200€	
APPAREILLAGE			
Equipement 100% santé   Prothèse capillaire (5)	PEC* intégrale dans la limite du PLV*	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Equipement - Tarif libre ou reste à charge modéré			
Prothèse capillaire	300%	300% (13)	300% (13)
Petit appareillage	300%	300% (13)	300% (13)
Prothèse orthopédique, mammaire, etc.			
Bas à varices		300% (plafond de 250€ sur le supplément) + TM* (13)	
Grand appareillage	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)
Achat lit médicalisé, fauteuil roulant, etc.			
CURE THERMALE (3)			
Cure thermale acceptée par le RO/RC*	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)
Forfait incluant les consultations, l'hébergement et le transport			
AIDES AUDITIVES (4)			
Equipement - 100% santé (5) Par période de 4 ans	PEC* intégrale dans la limite du PLV*	Non applicable (17)	Non applicable (17)
Equipement - Tarif libre			
Forfait supplémentaire piles appareil auditif remboursées par le RO/RC*		Forfait/oreille : 600€ (TM*inclus)	
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

**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

- 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.
  - Honoraires des médecins n'adhérant pas aux options pratiques tarifaires maîtrisées (Optam et Optam-CO).
  - 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.
  - Limité à la prise en charge d'un appareil par période de 4 ans, à compter de la date d'acquisition.
  - 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.
  - Les suppléments liés à une hospitalisation en chambre de 1ère classe ne sont pas remboursables au Luxembourg, et en Belgique.
  - 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.
  - 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.
  - 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'appareillage et d'adaptation de la correction visuelle, ni le supplément pour les verres avec filtre.
  - Au-delà du forfait annuel, le ticket modérateur est couvert à 100 %.
  - Hors bilan et période de contention.
  - Autres médecines douces : suivant annexe du règlement mutualiste individuel en vigueur.
  - Pour les personnes affiliées à un Régime Obligatoire Luxembourgeois ou Belge : sur présentation du décompte du Régime Obligatoire et de la facture détaillée.
  - Participation statutaire journalière selon évolution des tarifs en vigueur, à compter du 01/09/2024.
  - Pour les personnes affiliées à un régime obligatoire français : Régime Obligatoire inclus.
  - 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.
  - Frais de soins ou dispositifs non existants dans la nomenclature ou la législation luxembourgeoise ou belge.
  - Les honoraires pour convenance personnelle codifiés CP1 et CP2 sont remboursés aux frais réels en complément des participations Mutlor mentionnées.
  - Les honoraires pour convenance personnelle codifiés CP8 sont inclus dans le forfait (suivant liste).
- 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.