

Pack Bleu **Entreprise**

Détail des prestations

BASE DE REMBOURSEMENT

PRESTATIONS

	RÉGIME OBLIGATOIRE	BASE DE REMBOURSEMENT			
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
		PRO 100	PRO 200	PRO 300	PRO 400
1. SOINS COURANTS					
Honoraires ambulatoires, consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie)	70 %	30 %	55 %	80 %	230 %
Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie	70 %	30 %	30 %	80 %	230 %
Analyses prises en charge par le R.O. ⁽¹⁾	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Analyses prescrites non prises en charge par le R.O. ⁽¹⁾ (forfait annuel**)	-	-	50 €	65 €	75 €
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60 %	40 %	40 %	90 %	240 %
Soins à l'étranger pris en charge par le R.O. ⁽¹⁾	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %
Pharmacie (médicaments prescrits, pris en charge par le R.O. ⁽¹⁾)	Entre 15 % et 65 %	Entre 85 % et 35 % à concurrence de 100 % de la base de remboursement			
Pharmacie et vaccins non pris en charge par le R.O. ⁽¹⁾	-	-	40 % FR*	40 % FR*	50 % FR*
dans la limite d'un plafond global annuel** de ⁽²⁾	-	-	150 €	150 €	250 €
Contraception non prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾	-	-	40 % FR*	40 % FR*	40 % FR*
dans la limite d'un plafond global annuel** de ⁽²⁾	-	-	75 €	75 €	75 €
Visite diététicien, nutritionniste, en-cas hyperprotéiques et hypocaloriques prescrits	-	-	40 % FR*	40 % FR*	50 % FR*
dans la limite d'un plafond global annuel** de ⁽²⁾	-	-	150 €	150 €	300 €
Visite ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur	-	-	40 % FR*	40 % FR*	50 % FR*
dans la limite d'un plafond global annuel** de ⁽²⁾	-	-	150 €	150 €	300 €
Sevrage tabagique : patchs et gommes uniquement (forfait annuel**) ⁽²⁾	-	-	75 €	75 €	150 €
2. DENTAIRE					
Soins et radiologie	70 %	30 %	30 %	80 %	230 %
Orthodontie prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾	100 %	-	100 %	200 %	300 %
Prothèse prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾	70 %	55 %	80 %	230 %	430 %
Implantologie (dont radiologie et chirurgie)	-	-	500 €	1 050 €	1 750 €
et prothèse non prises en charge par le R.O. ⁽¹⁾ (forfait annuel**)	-	-	500 €	1 000 €	1 500 €
Orthodontie non prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾ (forfait annuel**)	-	-	500 €	1 000 €	1 500 €
3. OPTIQUE					
Monture, verres et lentilles acceptés par le R.O. ⁽¹⁾	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Forfait annuel** (monture, verres et lentilles acceptés ou refusés par le R.O. ⁽¹⁾ , jetables, y compris adaptation de lentilles)	-	125 €	200 €	300 €	500 €
Traitement de la myopie au laser (forfait annuel** par oeil)	-	-	150 €	300 €	500 €
4. HOSPITALISATION					
Frais de séjour, hébergement et ambulatoires					
● Etablissements conventionnés y compris les maisons de repos (en fonction de la nature des soins)	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
● Etablissements conventionnés y compris les maisons de repos (en fonction de la nature des soins)	100 %	-	-	-	-
● Etablissements non conventionnés (en fonction de la nature des soins)	80 % ou 100 %	-	-	-	20 % ou néant
● Limite par hospitalisation (établissements non conventionnés)	-	-	-	-	6 000 €
Forfait journalier (limité à 6 mois / an**)	-	FR*	FR*	FR*	FR*
Honoraires (chirurgie / anesthésie) en fonction de la nature des soins	80 %	20 %	45 %	70 %	220 %
Honoraires (chirurgie / anesthésie) en fonction de la nature des soins	100 %	-	25 %	50 %	200 %
Transport sanitaire pris en charge par le R.O. ⁽¹⁾ (VSL, ambulance, taxi)	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Chambre particulière (y compris la maternité et les maisons de repos)	-	-	FR*	FR*	FR*
● Limite durée / nombre de jours par an**	-	-	60 j	75 j	90 j
● Etablissements conventionnés (y compris psychiatriques)	-	-	FR*	FR*	FR*
● Etablissements non conventionnés (y compris psychiatriques)	-	-	75 € / j	75 € / j	150 € / j
Frais d'accompagnant (établissements conventionnés)	-	-	FR*	FR*	FR*
● Limite durée / nombre de jours par an**	-	-	60 j	75 j	90 j
Interruption Volontaire de Grossesse	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %

* Frais Réels

** Par année civile

(1) Régime Obligatoire (2) Forfait annuel par famille

Tous les pourcentages indiqués dans le tableau correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les remboursements de Mutuelle Bleue s'entendent en complément du Régime Obligatoire.

Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux "Régime Obligatoire" mentionnés sont ceux en vigueur au 2 mai 2011 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire fixée à ce jour à 1 euro, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L. 322.2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux "Régime Obligatoire" étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : ils n'ont pas de valeur contractuelle.

Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés.



Santé - Prévoyance - Assurance

BASE DE REMBOURSEMENT

PRESTATIONS	RÉGIME OBLIGATOIRE	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
		PRO 100	PRO 200	PRO 300	PRO 400

5. MATERNITÉ

Test de grossesse (forfait annuel**) ⁽²⁾	-	-	30 €	30 €	30 €
Insémination artificielle non prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾ (par tentative, limitée à 3 tentatives sur la durée du contrat)	-	-	150 €	300 €	300 €
Amniocentèse non prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾ (stage de 9 mois) (forfait annuel**)	-	-	150 €	150 €	150 €
Acte d'obstétrique (accouchement dont péridurale) ⁽²⁾	100 %	-	100 %	200 %	200 %
Traitement de la stérilité (forfait annuel**) ⁽²⁾	-	-	300 €	500 €	500 €

SI INSCRIPTION DE L'ENFANT

Prime naissance	-	-	200 €	200 €	300 €
Colis naissance	-	-	oui	oui	oui
Kinésithérapie y compris respiratoire (enfant de moins de 5 ans adhérent au contrat) ⁽²⁾	-	-	50 €	50 €	50 €

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE

Substitut de lait maternel (sur prescription médicale) dans la limite d'un plafond global annuel** de ⁽²⁾	-	-	50 % FR* 150 €	50 % FR* 150 €	50 % FR* 200 €
Prévention «soleil» (sur prescription médicale) (enfant de moins de 15 ans adhérent au contrat) dans la limite d'un plafond annuel** de ⁽²⁾	-	-	100 €	100 €	100 €

6. APPAREILLAGE

Prothèses auditives	60 %	40 %	140 %	240 %	340 %
Autres appareillages y compris prothèses mammaires et capillaires (forfait annuel**)	60 %	40 %	40 % + 80 €	40 % + 150 €	40 % + 200 €
Prothèses orthopédiques (forfait annuel**)	60 %	40 %	40 % + 80 €	40 % + 150 €	40 % + 200 €
Fauteuil roulant (forfait annuel**)	100 %	-	150 €	200 €	300 €

7. CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE R.O.⁽¹⁾

Soins et forfait surveillance	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Transport et hébergement hors hospitalisation (forfait annuel**) ⁽²⁾	-	100 €	200 €	200 €	200 €

8. FRANCHISE SUR LES ACTES LOURDS

	-	FR*	FR*	FR*	FR*
--	---	-----	-----	-----	-----

9. AUTRES PRESTATIONS

Aide ménagère (non consécutive à une hospitalisation) (forfait annuel**) ⁽²⁾	-	100 €	200 €	200 €	300 €
---	---	-------	-------	-------	-------

10. PRÉVOYANCE (facultatif)

Garantie Indemnités Journalières en cas d'hospitalisation	-	Versement d'une indemnité forfaitaire de 15 € par jour d'hospitalisation, en plus de la prise en charge prévue par la garantie santé.			
Garantie Décès - Invalidité Absolue et Définitive par accident	-	Versement d'un capital de 15 000 € en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive par accident pour chaque personne inscrite au contrat.			

* Frais Réels ** Par année civile
(1) Régime Obligatoire (2) Forfait annuel par famille

Tous les pourcentages indiqués dans le tableau correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les remboursements de Mutuelle Bleue s'entendent en complément du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux "Régime Obligatoire" mentionnés sont ceux en vigueur au 2 mai 2011 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire fixée à ce jour à 1 euro, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L. 322.2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux "Régime Obligatoire" étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : ils n'ont pas de valeur contractuelle. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés.

Pack Bleu **Entreprise**

Exemples de remboursements

1. Consultation spécialiste (secteur 2 / honoraires libres)

Vous avez besoin de **consulter un spécialiste** dont les honoraires s'élèvent à **30 €**, vous serez remboursé :

	PRO 200	PRO 400
Prestation Mutuelle Bleue (en % de la base de remboursement)	125 %	300 %
Dépense	30,00 €	30,00 €
Remboursement Sécurité sociale (70 %)	15,10 €	15,10 €
Remboursement Mutuelle Bleue	12,65 €	13,90 €
Reste à charge*	2,25 €	1,00 €

2. Dentaire (couronne céramo-métallique)

Vous avez besoin de faire poser un **implant dentaire**, soit une dépense moyenne de **500 €**, vous serez remboursé :

	PRO 200	PRO 400
Prestation Mutuelle Bleue (en % de la base de remboursement)	150 %	500 %
Dépense	500,00 €	500,00 €
Remboursement Sécurité sociale (70 %)	75,25 €	75,25 €
Remboursement Mutuelle Bleue	86,00 €	424,75 €
Reste à charge	338,75 €	AUCUN

Nota : Base remboursement Sécurité sociale = 107,50 € soit 70 % = 75,25 €

3. Optique

Vous prévoyez d'acheter **une nouvelle paire de lunettes équipée de verres simples**, soit une dépense de **250 €**, vous serez remboursé :

	PRO 200	PRO 400
Prestation Mutuelle Bleue (en % de la base de remboursement)	100 %	100 %
+ Forfait annuel	200 €	500 €
Dépense	250,00 €	250,00 €
Remboursement Sécurité sociale (60 %)	4,46 €	4,46 €
Remboursement Mutuelle Bleue (40 % + forfait)	202,97 €	245,54 €
Reste à charge	42,57 €	AUCUN

* Une participation forfaitaire de 1 euro est retenue sur chaque consultation dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Pack Bleu **Entreprise**

Les avantages Mutuelle Bleue



Avec le tiers payant, n'avancez pas d'argent !

Avec la carte Mutuelle Bleue - Viamedis, 1^{er} réseau national de tiers payant, vous bénéficiez gratuitement d'une dispense d'avance de frais⁽¹⁾ auprès de 85 000 professionnels de santé partout en France :

- 100 % des pharmacies
- 95 % des opticiens
- 92 % des laboratoires d'analyses
- 83 % des radiologues
- 2 000 cabinets dentaires
- 26 000 auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ambulanciers...)
- Plus de 4 500 hôpitaux et cliniques
- 1 200 fournisseurs d'appareillage médical



Des services gratuits

- **Un service d'assistance :**
en cas d'hospitalisation, d'accident, maladie subite, décès :
aide à domicile, garde des enfants, école à domicile, accompagnement psychologique...
- **Un service d'information et d'orientation médicale, sociale, fiscale et juridique**
dont la réponse est assurée par un expert (médecin, assistante sociale, juriste...).
- **L'espace adhérent :**
accessible 24h/24 – 7j/7 par Internet, pour suivre les remboursements, accéder aux données administratives...
- **Un centre d'appels :**
pour répondre aux questions des assurés (analyse des devis, demandes de prise en charge...).
- **Un service d'action sociale :**
ses missions d'accueil, d'écoute et de conseil sont accompagnées de deux fonds d'entraide pour les adhérents en difficulté⁽²⁾.

(1) Dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant et dans la limite des montants prévus par la garantie souscrite

(2) Sous réserve des conditions requises