

BASE DE REMBOURSEMENT

PRESTATIONS

PRESTATIONS	BASE DE REMBOURSEMENT					
	Régime Obligatoire	Niveau 1 Garantie AZUR	Niveau 2 Garantie LAVANDE	Niveau 3 Garantie OUTREMER	Niveau 4 Garantie MARINE	Niveau 5 Garantie INDIGO
1. HOSPITALISATION (psychiatrie : stage de 6 mois)						
Frais de séjour, hébergement et ambulatoires (limités à 30 j / an** en psychiatrie)						
● Etablissements conventionnés (en fonction de la nature des soins) ⁽¹⁾	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
● Etablissements conventionnés (en fonction de la nature des soins) ⁽¹⁾	100 %	-	-	-	-	-
● Etablissements non conventionnés (en fonction de la nature des soins)	80 %	-	-	-	-	90 % FR*
● Etablissements non conventionnés (en fonction de la nature des soins)	100 %	-	-	-	-	90 % FR*
● Limite par hospitalisation (établissements non conventionnés)	-	-	-	-	-	6 000 €
Forfait journalier (limité à 6 mois / an** sauf psychiatrie : limité à 30 j / an**)	-	FR*	FR*	FR*	FR*	FR*
Honoraires (chirurgie / anesthésie) en fonction de la nature des soins	80 %	20 %	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. ⁽²⁾ (VSL ou taxi, ambulance...)	65 %	35 %	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** (hors psychiatrie)	-	-	-	60 j	75 j	90 j
● Limite durée / nombre de jours par an** (pour la psychiatrie)	-	-	-	30 j	30 j	30 j
● Etablissements conventionnés (hors psychiatrie)	-	-	-	FR*	FR*	FR*
● Etablissements psychiatriques conventionnés	-	-	-	150 € / j	150 € / j	150 € / j
● Etablissements non conventionnés (y compris psychiatriques)	-	-	-	75 € / j	75 € / j	150 € / j
Frais d'accompagnant (établissements conventionnés) ⁽¹⁾	-	-	-	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 %	20 %
2. SOINS COURANTS						
Honoraires ambulatoires, consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie)	70 %	30 %	30 %	55 %	80 %	230 %
Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie	70 %	30 %	30 %	30 %	80 %	230 %
Analyses prises en charge par le R.O. ⁽²⁾	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Analyses prescrites non prises en charge par le R.O. ⁽²⁾ (forfait annuel**)	-	-	-	50 €	65 €	75 €
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60 %	40 %	40 %	40 %	90 %	240 %
Soins à l'étranger pris en charge par le R.O. ⁽²⁾	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
Pharmacie (médicaments prescrits, pris en charge par le R.O. ⁽²⁾)	Entre 15 % et 65 %			Entre 85 % et 35 %		
				à concurrence de 100 % de la base de remboursement		
3. DENTAIRE						
Soins et radiologie	70 %	30 %	30 %	30 %	80 %	230 %
Orthodontie prise en charge par le R.O. ⁽²⁾	100 %	-	-	50 %	100 %	200 %
Prothèse prise en charge par le R.O. ⁽²⁾	70 %	30 %	55 %	80 %	130 %	230 %
Implantologie (y compris radiologie et chirurgie) et prothèse non prises en charge par le R.O. ⁽²⁾ (forfait annuel**)	-	-	-	500 €	700 €	800 €
Orthodontie non prise en charge par le R.O. ⁽²⁾ (forfait annuel**)	-	-	-	500 €	700 €	800 €
Forfait fidélité annuel** (après 5 ans d'ancienneté dans la gamme), pour l'ensemble des actes dentaires	-	25 €	25 €	50 €	70 €	80 €
4. OPTIQUE						
Monture, verres et lentilles acceptées par le R.O. ⁽²⁾	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Forfait annuel** (monture, verres et lentilles acceptées ou refusées par le R.O. ⁽²⁾ , jetables y compris adaptation de lentilles)	-	-	125 €	160 €	240 €	300 €
Traitement de la myopie au laser (forfait annuel** par œil)	-	-	-	100 €	200 €	300 €
Forfait fidélité (après 5 ans d'ancienneté dans la gamme) en % sur le forfait annuel**	-	-	+ 20 %	+ 20 %	+ 20 %	+ 20 %
5. APPAREILLAGE						
Prothèses auditives	60 %	40 %	40 %	140 %	240 %	340 %
Autres appareillages y compris prothèses mammaires et capillaires (forfait annuel**)	60 %	40 %	40 %	40 % + 40 €	40 % + 55 €	40 % + 75 €
Prothèses orthopédiques (forfait annuel**)	60 %	40 %	40 %	40 % + 40 €	40 % + 55 €	40 % + 75 €
Fauteuil roulant (forfait annuel**)	100 %	-	-	150 €	200 €	300 €
6. FRANCHISE SUR LES ACTES LOURDS						
	-	FR*	FR*	FR*	FR*	FR*
7. PREVOYANCE (facultatif)						
Prévoyance Hospitalisation	-	Versement d'une indemnité forfaitaire de 15 € par jour d'hospitalisation.				
Prévoyance Accident	-	Versement d'un capital de 15 000 € en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, par accident.				
Capital Équipement Dépendance / Handicap	-	Versement d'un capital de 3 000 €.				

* Frais Réels. ** Par année civile. (1) Y compris les maisons de repos. (2) Régime Obligatoire.

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.

Pour les prestations peu ou pas prises en charge par le Régime Obligatoire, vous avez la possibilité de compléter vos remboursements en choisissant un ou plusieurs Modules Confort correspondant à votre situation.

	PRESTATIONS	BASE DE REMBOURSEMENT* POUR LA FAMILLE
Module Bien-Être	Visite diététicien, nutritionniste En-cas hyperprotéiques et hypocaloriques	Participation sur la dépense à hauteur de 40 % des frais réels dans la limite d'un plafond global annuel de 150 €
	Visite ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur	Participation sur la dépense à hauteur de 40 % des frais réels dans la limite d'un plafond global annuel de 150 €
	Pharmacie non prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾ y compris : ● Homéopathie ● Vaccins (toutes formes)	Participation sur la dépense à hauteur de 40 % des frais réels dans la limite d'un plafond global annuel de 150 €
	Contraception non prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾ Pilules toutes générations et stérilets	Participation sur la dépense à hauteur de 40 % des frais réels dans la limite d'un plafond global annuel de 75 €
	Sevrage tabagique : patches et gommes	Forfait 75 € / an
COACHING GRATUIT accompagnement pour le sevrage tabagique avec Nicodem		

	PRESTATIONS	BASE DE REMBOURSEMENT* POUR LA FAMILLE	
Module Jeunes Parents	Test de grossesse	30 € / an	
	Amniocentèse non prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾ (stage de 9 mois)	150 € / an	
	Insémination artificielle non prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾ (limitée à 3 tentatives sur la durée du contrat)	300 € / tentative	
	Traitement de la stérilité	500 € / an	
	Acte d'obstétrique (accouchement dont péridurale)	200 % en plus de votre garantie santé	
	Si inscription de l'enfant		
	Prime naissance ⁽²⁾	200 €	
	Colis naissance ⁽²⁾	Oui	
	Substitut lait maternel	Participation sur la dépense à hauteur de 50 % des frais réels dans la limite d'un plafond global annuel de 150 €	
	Kinésithérapie (enfant de - de 5 ans et y compris pour la kinésithérapie respiratoire)	+ 50 € / an en complément de votre garantie santé	
Prévention «soleil» (enfant de - de 15 ans)	100 € / an		
OFFERT : un colis naissance			

	PRESTATIONS	BASE DE REMBOURSEMENT* POUR LA FAMILLE
Module Seniors	Cure thermale prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾ ● Soins et forfait surveillance ● Transport et hébergement hors hospitalisation (non cumulable sur une année avec la cure de thalassothérapie ou de balnéothérapie)	100 % du Ticket Modérateur 200 € / an
	Cure de thalassothérapie, de balnéothérapie en métropole (non cumulable sur une année avec la cure thermale)	200 € / an
	Ostéodensitométrie non prise en charge par le R.O. ⁽¹⁾ ou avec dépassement d'honoraires	Participation sur la dépense à hauteur de 60 € / an
	Matériel pour basse vision (loupe, aide visuelle optique, agrandissement électronique)	150 € / an
	Prise en charge de l'adhésion à un club sportif	Participation sur la dépense à hauteur de 50 % du coût dans la limite d'un plafond global annuel de 150 €
	Aide ménagère (non consécutive à une hospitalisation)	200 € / an
	TARIF PRÉFÉRENTIEL au service de téléassistance médicalisée à domicile Prévifil	

* Sur prescription du médecin traitant (hors test de grossesse et sevrage tabagique).

(1) Régime Obligatoire.

(2) Si inscription de l'enfant le mois de sa naissance.

1. Hospitalisation

Vous allez subir une **intervention chirurgicale** et allez être hospitalisé, durant 5 jours, en **chambre particulière**, soit une dépense de **2 566,25 €⁽¹⁾**, vous serez remboursé :

	Garantie AZUR	Garantie LAVANDE	Garantie OUTREMER	Garantie MARINE	Garantie INDIGO
Dépense	2 566,25 €	2 566,25 €	2 566,25 €	2 566,25 €	2 566,25 €
Remboursement Sécurité sociale (à 100 %)	2 078,25 €	2 078,25 €	2 078,25 €	2 078,25 €	2 078,25 €
Remboursement Mutuelle Bleue	98,00 €	98,00 €	411,32 €	484,63 €	488,00 €
Reste à charge*	390,00 €	390,00 €	76,68 €	3,37 €	0 €

2. Soins courants

Vous devez acheter un **médicament à vignette blanche à 38 €**, grâce au tiers payant vous n'aurez pas d'avance de frais à faire et vous serez remboursé :

	Garantie AZUR	Garantie LAVANDE	Garantie OUTREMER	Garantie MARINE	Garantie INDIGO
Prestation Mutuelle Bleue (en % de la base de remboursement)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépense	38,00 €	38,00 €	38,00 €	38,00 €	38,00 €
Remboursement Sécurité sociale (65 %)	24,20 €	24,20 €	24,20 €	24,20 €	24,20 €
Remboursement Mutuelle Bleue (35 %)	13,30 €	13,30 €	13,30 €	13,30 €	13,30 €
Reste à charge**	0,50 €	0,50 €	0,50 €	0,50 €	0,50 €

3. Dentaire

Vous avez besoin de vous faire poser un **implant dentaire** (dont actes pré-implantaires, implant, pilier, vis de cicatrisation...), soit une dépense moyenne de **1 700 €**, vous serez remboursé :

	Garantie AZUR	Garantie LAVANDE	Garantie OUTREMER	Garantie MARINE	Garantie INDIGO
Dépense	1 700,00 €	1 700,00 €	1 700,00 €	1 700,00 €	1 700,00 €
Remboursement Sécurité sociale	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Remboursement Mutuelle Bleue	0,00 €	0,00 €	500,00 €	700,00 €	800,00 €
Reste à charge*	1 700,00 €	1 700,00 €	1 200,00 €	1 000,00 €	900,00 €

4. Optique

Vous prévoyez d'acheter **une nouvelle paire de lunettes équipée de verres simples**, soit une dépense de **260 €**, vous serez remboursé :

	Garantie AZUR	Garantie LAVANDE	Garantie OUTREMER	Garantie MARINE	Garantie INDIGO
Dépense	260,00 €	260,00 €	260,00 €	260,00 €	260,00 €
Remboursement Sécurité sociale (65 % de la base de remboursement)	4,83 €	4,83 €	4,83 €	4,83 €	4,83 €
Remboursement Mutuelle Bleue (35 % de la base de remboursement)	2,59 €	2,59 €	2,59 €	2,59 €	2,59 €
Prestation (forfait annuelle par année civile)	0,00 €	125,00 €	160,00 €	240,00 €	300,00 €
Reste à charge*	252,58 €	127,58 €	92,58 €	12,58 €	AUCUN

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

** Dans le cadre de la franchise médicale, la Sécurité sociale laisse à votre charge 0,50 euro par boîte de médicaments.

(1) Détail de la facture d'hospitalisation : frais de séjour : 2 078,25 € / forfait journalier hospitalier : 80 € / franchise sur les actes lourds : 18 € / dépassement d'honoraires : 150 € / chambre particulière : 240 €.



Des tarifs attractifs

- **Tarifs calculés au plus juste, sans droit d'entrée.**
- **Tarifs préférentiels pour les moins de 29 ans** (étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi).
- **Tarifs dégressifs⁽¹⁾ pour les couples et les familles.**
- **Cotisation gratuite à partir du 3^e enfant.**

Une adhésion simplifiée

- **Prise en charge immédiate⁽²⁾ dès le 1^{er} jour** y compris en optique et dentaire.
- **Admission sans questionnaire médicale.**
- **Garantie santé à vie** quelle que soit l'évolution de votre état de santé.



Des services appréciables

- **Consultation de votre dossier 24h/24 – 7j/7** par Internet pour suivre vos remboursements.
- **Mutuelle Bleue Assistance⁽³⁾ :**
 - > **Un service d'assistance :** en cas d'hospitalisation, d'accident ou d'immobilisation imprévue (aide à domicile, garde des enfants, école à domicile...).
 - > **Un service d'information et d'orientation médicale et juridique.**
- **Service d'action sociale** (maintien de la garantie pour les chômeurs en fin de droits, fonds d'entraide...)⁽⁴⁾.



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⁽⁵⁾ auprès de 85 000 professionnels de santé partout en France :**

- 100 % des pharmacies
- 95 % des opticiens
- 92 % des laboratoires d'analyses
- 83 % des radiologues...

AssurCotisations, en cas de coup dur !

Le service AssurCotisations⁽⁶⁾ vous garantit :

- **le versement d'un capital forfaitaire de 200 €** en cas de licenciement économique, arrêt de travail, hospitalisation ou perte totale et irréversible d'autonomie,
- **la prise en charge de vos cotisations pendant 12 mois jusqu'à 85 € / mois soit plus de 1 000 €** pour continuer à bénéficier des prestations de votre garantie santé en cas de licenciement économique, arrêt de travail, hospitalisation, perte totale et irréversible d'autonomie ou décès.

(1) Selon le nombre de bénéficiaires inscrits au contrat.

(2) Hors amniocentèse, hospitalisation en psychiatrie et risque(s) en cours.

(3) Sauf bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle.

(4) Sous réserve des conditions requises.

(5) 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.

(6) Hors garanties CMU, contrats collectifs et entreprises individuelles. Hormis le licenciement économique, les autres faits générateurs s'entendent suite à un accident.