

# Pack Essentiel

Régime général

## Vos prestations

Vos prestations comprennent celles versées par le Régime Obligatoire. Elles sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement Sécurité Sociale (BRSS), du Forfait en Vigueur exprimé par la Sécurité sociale ou en Euros. Les forfaits et plafonds exprimés en Euros par an (€/an) et les limites annuelles s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention contraire.

Régime Obligatoire  
en % de la BRSS

NIVEAU 1

NIVEAU 2

NIVEAU 3

NIVEAU 4

### HOSPITALISATION

Frais de séjour, hébergement et ambulatoires	80% ou 100% <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (hors EHPAD <sup>(*)</sup> et MAS <sup>(*)</sup> )	Néant	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
Forfait Patient Urgences (FPU)	Néant	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
Franchise sur les actes lourds	Néant	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	80% ou 100% <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%	150%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	80% ou 100% <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%	200%
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans, dans la limite de 10 jours par séjour)	Néant	-	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Chambre particulière (dans la limite de 15 jours par année civile)	Néant	-	45 € / jour	65 € / jour	65 € / jour
Transports sanitaires pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	55%	100%	100%	100%	100%
<b>Maternité</b>					
- Accouchement	100%	100%	100%	100%	100%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	150%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	200%
Interruption Volontaire de Grossesse	100%	100%	100%	100%	100%

### SOINS COURANTS

Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	70%	100%	100%	100%	150%
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	70%	100%	100%	100%	200%
Radiologie et échographie	70%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	60%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	entre 15% et 65%	100%	100%	100%	100%

### OPTIQUE Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO<sup>(\*)</sup> et Ticket Modérateur inclus

Limité à 1 forfait tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de changement de dioptries. Participation maximale de 150 € sur la monture. Ce forfait s'entend pour tous les équipements en fonction de la correction, y compris les équipements «100% Santé»<sup>(2)</sup>.

Equipelement monture et 2 verres simples	60%	100%	100 €	150 €	150 €
Equipelement monture et 2 verres complexes (ou 2 verres très complexes)	60%	100%	200 €	350 €	350 €
Equipelement monture et 1 verre simple / 1 verre complexe (ou 1 verre très complexe)	60%	100%	150 €	250 €	250 €
Suppléments pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	60%	100%	100%	100%	100%
Lentilles prises en charge ou non par le RO <sup>(*)</sup> (forfait par année civile et par bénéficiaire)	60% ou néant	100%	100 €	100 €	100 €

### DENTAIRE

Soins pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	60% ou 70% <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%	100%
Orthodontie prise en charge par le RO <sup>(*)</sup>	60% ou 100% <sup>(1)</sup>	125%	225%	300%	300%
Prothèses et implantologie prises en charge par le RO <sup>(*)</sup> y compris les équipements «100% Santé» <sup>(2)</sup>	60% ou 70% <sup>(1)</sup>	125%	225%	300%	300%

### AIDES AUDITIVES Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO<sup>(\*)</sup> et Ticket Modérateur inclus

Aides auditives (toutes classes y compris «100% Santé» <sup>(2)</sup> )	60%	100%	100%	450 € / oreille (min 100% TM*)	450 € / oreille (min 100% TM*)
Suppléments pris en charge par le RO <sup>(*)</sup> (dont suivi et piles)	60%	100%	100%	100%	100%

### MATERIEL MEDICAL

Prothèses capillaires, semelles orthopédiques, etc.	60%	100%	100%	100%	100%
---	-----	------	------	------	------

### AUTRES PRESTATIONS

Actes de prévention prévus à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (Arrêté du 8 juin 2006)	70% ou 100% <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%	100%
Tiers Payant	-	OUI	OUI	OUI	OUI
Accès à des Téléconsultations Médicales gratuites 7j/7, 24h/24	-	OUI	OUI	OUI	OUI
Assistance 7j/7, 24h/24	-	OUI	OUI	OUI	OUI

### PREVOYANCE (facultative)

Protection Hospi	Versement d'une indemnité forfaitaire de 15 € par jour d'hospitalisation				
Protection Accident	Versement d'un capital de 15 000 € en cas de décès accidentel ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, par accident				
Capital Equipement Handicap / Dépendance	Versement d'un capital de 3 000 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap				

(\*) BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées - FV : Forfait en vigueur - DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - RO : Régime Obligatoire - TM : Ticket Modérateur

<sup>(1)</sup> En fonction de la nature des soins.

<sup>(2)</sup> Vous pouvez bénéficier d'équipements «100% Santé» à prix plafonnés : il s'agit d'équipements optiques et d'aides auditives à Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé, ainsi que de soins dentaires prothétiques à Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par Arrêté, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques. Vous bénéficiez de ces prix réglementés et êtes remboursé(e) dans les conditions fixées dans ce Tableau des garanties et dans le Règlement Mutualiste afférent en vigueur, ce qui peut occasionner un éventuel reste à charge.

Tous les pourcentages indiqués dans le Tableau des garanties correspondent à la Base de Remboursement du Régime Obligatoire. Les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 15/10/2023 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. Sauf mention contraire spécifiée dans le Tableau des garanties, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.

**mutuelle bleue** devient



**VIASANTÉ**  
mutuelle

**GROUPE AG2R LA MONDIALE**

**0 800 71 81 91**

Service & appel  
gratuits

[www.mutuellebleue.fr](http://www.mutuellebleue.fr)

# Pack Essentiel

Régime local Alsace-Moselle

## Vos prestations

Vos prestations comprennent celles versées par le Régime Obligatoire. Elles sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement Sécurité Sociale (BRSS), du Forfait en Vigueur exprimé par la Sécurité sociale ou en Euros. Les forfaits et plafonds exprimés en Euros par an (€/an) et les limites annuelles s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention contraire.

Régime Obligatoire  
en % de la BRSS

NIVEAU 1

NIVEAU 2

NIVEAU 3

NIVEAU 4

### HOSPITALISATION

Frais de séjour, hébergement et ambulatoires	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (hors EHPAD <sup>(*)</sup> et MAS <sup>(*)</sup> )	100%	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
Forfait Patient Urgences (FPU)	100%	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
Franchise sur les actes lourds	100%	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	150%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	200%
Frais accompagnant (enfant de moins de 16 ans, dans la limite de 10 jours par séjour)	Néant	-	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Chambre particulière (dans la limite de 15 jours par année civile)	Néant	-	45 € / jour	65 € / jour	65 € / jour
Transports sanitaires pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%

### Maternité

- Accouchement	100%	100%	100%	100%	100%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	150%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	200%
Interruption Volontaire de Grossesse	100%	100%	100%	100%	100%

### SOINS COURANTS

Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	90%	100%	100%	100%	150%
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	90%	100%	100%	100%	200%
Radiologie et échographie	90%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	90%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	90%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	entre 15% et 90%	100%	100%	100%	100%

### OPTIQUE Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO<sup>(\*)</sup> et Ticket Modérateur inclus

Limité à 1 forfait tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de changement de dioptries. Participation maximale de 150 € sur la monture. Ce forfait s'entend pour tous les équipements en fonction de la correction, y compris les équipements «100% Santé»<sup>(2)</sup>.

Equipeur monture et 2 verres simples	90%	100%	100 €	150 €	150 €
Equipeur monture et 2 verres complexes (ou 2 verres très complexes)	90%	100%	200 €	350 €	350 €
Equipeur monture et 1 verre simple / 1 verre complexe (ou 1 verre très complexe)	90%	100%	150 €	250 €	250 €
Suppléments pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	90%	100%	100%	100%	100%
Lentilles prises en charge ou non par le RO <sup>(*)</sup> (forfait par année civile et par bénéficiaire)	90% ou néant	100%	100 €	100 €	100 €

### DENTAIRE

Soins pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	90%	100%	100%	100%	100%
Orthodontie prise en charge par le RO <sup>(*)</sup>	90% ou 100% <sup>(1)</sup>	125%	225%	300%	300%
Prothèses et implantologie prises en charge par le RO <sup>(*)</sup> y compris les équipements «100% Santé» <sup>(2)</sup>	90%	125%	225%	300%	300%

### AIDES AUDITIVES Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO<sup>(\*)</sup> et Ticket Modérateur inclus

Aides auditives (toutes classes y compris «100% Santé» <sup>(2)</sup> )	90%	100%	100%	450 € / oreille (min 100% TM*)	450 € / oreille (min 100% TM*)
Suppléments pris en charge par le RO <sup>(*)</sup> (dont suivi et piles)	90%	100%	100%	100%	100%

### MATERIEL MEDICAL

Prothèses capillaires, semelles orthopédiques, etc.	90%	100%	100%	100%	100%
---	-----	------	------	------	------

### AUTRES PRESTATIONS

Actes de prévention prévus à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (Arrêté du 8 juin 2006)	90% ou 100% <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%	100%
Tiers Payant	-	OUI	OUI	OUI	OUI
Accès à des Téléconsultations Médicales gratuites 7j/7, 24h/24	-	OUI	OUI	OUI	OUI
Assistance 7j/7, 24h/24	-	OUI	OUI	OUI	OUI

### PREVOYANCE (facultative)

Protection Hospi	Versement d'une indemnité forfaitaire de 15 € par jour d'hospitalisation				
Protection Accident	Versement d'un capital de 15 000 € en cas de décès accidentel ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, par accident				
Capital Equipement Handicap / Dépendance	Versement d'un capital de 3 000 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap				

<sup>(\*)</sup>BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées - FV : Forfait en vigueur - DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - RO : Régime Obligatoire - TM : Ticket Modérateur

<sup>(1)</sup> En fonction de la nature des soins.

<sup>(2)</sup> Vous pouvez bénéficier d'équipements «100% Santé» à prix plafonnés : il s'agit d'équipements optiques et d'aides auditives à Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé, ainsi que de soins dentaires prothétiques à Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par Arrêté, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques. Vous bénéficiez de ces prix réglementés, et êtes remboursé(e) dans les conditions fixées dans ce Tableau des garanties et dans le Règlement Mutualiste afférent en vigueur, ce qui peut occasionner un éventuel reste à charge.

Tous les pourcentages indiqués dans le Tableau des garanties correspondent à la Base de Remboursement du Régime Obligatoire. Les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 15/10/2023 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. Sauf mention contraire spécifiée dans le Tableau des garanties, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.

**mutuelle bleue** devient



**VIASANTÉ**  
mutuelle

**GROUPE AG2R LA MONDIALE**

**0 800 71 81 91**

Service & appel  
gratuits

[www.mutuellebleue.fr](http://www.mutuellebleue.fr)