

## Vos prestations

Les prestations des différents niveaux ci-dessous comprennent celles versées par le Régime Obligatoire et ne peuvent en aucun cas excéder les frais réellement engagés. Elles s'appliquent lorsque l'Assuré respecte le parcours de soins coordonnés.

Régime Obligatoire  
en % de la BRSS\*

Hospi Soins

Hospi Soins +

<b>HOSPITALISATION</b> (psychiatrie : délai de stage de 6 mois)			
<b>Frais de séjour et d'hébergement</b>			
- Etablissements conventionnés (y compris les maisons de repos)	80% <sup>(1)</sup>	100%	100%
- Etablissements conventionnés (y compris les maisons de repos)	100% <sup>(1)</sup>	100%	100%
- Etablissements non conventionnés	80% <sup>(1)</sup>	80%	80%
- Etablissements non conventionnés	100% <sup>(1)</sup>	100%	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b> (hors Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)	Néant	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
<i>Limite durée / nombre de jours par année civile et par bénéficiaire</i>	-	180 jours	180 jours
<b>Forfait Patient Urgences</b> (FPU)	Néant	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
<b>Franchise sur les actes lourds</b>	Néant	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
<b>Honoraires chirurgie / anesthésie</b>	80% <sup>(1)</sup>	100%	200%
<b>Honoraires chirurgie / anesthésie</b>	100% <sup>(1)</sup>	100%	200%
<b>Chambre particulière</b> (y compris maternité et maisons de repos)	Néant	FR <sup>(*)</sup>	FR <sup>(*)</sup>
<i>Limite durée / nombre de jours par année civile et par bénéficiaire (psychiatrie limitée à 30 jours)</i>	-	30 jours	90 jours
<b>Transports sanitaires pris en charge par le RO<sup>(*)</sup></b>	65%	100%	100%
<b>Interruption Volontaire de Grossesse</b>	100%	100%	100%
<b>Maternité</b>			
- Accouchement	100%	100%	200%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires	100%	100%	200%
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM<sup>(*)</sup></b> (dont chirurgie)	70%	100%	170%
<b>Médicaments prescrits pris en charge par le RO<sup>(*)</sup></b>			
- à 65%	65%	100%	100%
- à 30%	30%	100%	100%
- à 15%	15%	100%	100%
<b>Cure thermale prise en charge par le RO<sup>(*)</sup></b> (soins et forfait surveillance)	65% ou 70% <sup>(1)</sup>	65% ou 70% <sup>(1)</sup>	65% ou 70% <sup>(1)</sup>
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>			
<b>Service de Tiers Payant</b> (sur les prestations prises en charge par la garantie choisie)	-	OUI	OUI
<b>Service d'accès à des Téléconsultations Médicales gratuites</b>	Néant	OUI	OUI
<b>Service Mutuelle Bleue Assistance</b>	Néant	OUI	OUI
<b>PREVOYANCE (facultative)</b>			
<b>Protection Hospi</b>	Versement d'une indemnité forfaitaire de 7 € par jour d'hospitalisation		

(\*) BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - FV : Forfait en Vigueur - FR : Frais Réels - RO : Régime Obligatoire - ATM : Actes Techniques Médicaux

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

Tous les pourcentages indiqués dans le Tableau des garanties correspondent à la Base de Remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 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.

## Vos prestations

Les prestations des différents niveaux ci-dessous comprennent celles versées par le Régime Obligatoire et ne peuvent en aucun cas excéder les frais réellement engagés. Elles s'appliquent lorsque l'Assuré respecte le parcours de soins coordonnés.

Régime Obligatoire  
en % de la BRSS\*

Hospis Soins

Hospis Soins +

<b>HOSPITALISATION</b> (psychiatrie : délai de stage de 6 mois)			
<b>Frais de séjour et d'hébergement</b>			
- Etablissements conventionnés (y compris les maisons de repos) et non conventionnés	100%	100%	100%
<b>Forfait journalier hospitalier</b> (hors Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)	100%	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
<i>Limite durée / nombre de jours par année civile et par bénéficiaire</i>	-	180 jours	180 jours
<b>Forfait Patient Urgences</b> (FPU)	100%	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
<b>Franchise sur les actes lourds</b>	100%	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
<b>Honoraires chirurgie / anesthésie</b>	100%	100%	200%
<b>Chambre particulière</b> (y compris maternité et maisons de repos)	Néant	FR <sup>(*)</sup>	FR <sup>(*)</sup>
<i>Limite durée / nombre de jours par année civile et par bénéficiaire (psychiatrie limitée à 30 jours)</i>	-	30 jours	90 jours
<b>Transports sanitaires pris en charge par le RO<sup>(*)</sup></b>	100%	100%	100%
<b>Interruption Volontaire de Grossesse</b>	100%	100%	100%
<b>Maternité</b>			
- Accouchement	100%	100%	200%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires	100%	100%	200%
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM<sup>(*)</sup></b> (dont chirurgie)	90%	100%	170%
<b>Médicaments prescrits pris en charge par le RO<sup>(*)</sup></b>			
- à 90%	90%	100%	100%
- à 80%	80%	100%	100%
- à 15%	15%	100%	100%
<b>Cure thermale prise en charge par le RO<sup>(*)</sup></b> (soins et forfait surveillance)	90%	90%	90%
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>			
<b>Service de Tiers Payant</b> (sur les prestations prises en charge par la garantie choisie)	-	OUI	OUI
<b>Service d'accès à des Téléconsultations Médicales gratuites</b>	Néant	OUI	OUI
<b>Service Mutuelle Bleue Assistance</b>	Néant	OUI	OUI
<b>PREVOYANCE (facultative)</b>			
<b>Protection Hospis</b>	Versement d'une indemnité forfaitaire de 7 € par jour d'hospitalisation		

Document non contractuel. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. SIREN n° 775 671 993 - TDC HS - RL - 09/2022

(\*) BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - FV : Forfait en Vigueur - FR : Frais Réels - RO : Régime Obligatoire - ATM : Actes Techniques Médicaux

Tous les pourcentages indiqués dans le Tableau des garanties correspondent à la Base de Remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 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.