

# Pack Bleu Pro



## 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

PRO 200

PRO 300

PRO 400

PRO 500

### HOSPITALISATION médicale ou chirurgicale, y compris maternité

Frais de séjour, hébergement et ambulatoires (établissements conventionnés ou non, y compris maisons de repos)	80% ou 100%(1)	100%	100%	100%	100%(2)
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins non-DPTAM <sup>(3)</sup> )	80% ou 100%(1)	125%	135%	150%	200%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins DPTAM <sup>(3)</sup> )	80% ou 100%(1)	145%	155%	170%	220%
Chambre particulière (établissements conventionnés ou non, y compris maternité, maisons de repos et établissements psychiatriques)	Néant	75 € / jour	75 € / jour	75 € / jour	150 € / jour
Limite durée / nombre de jours par année civile et par bénéficiaire	-	60 jours	60 jours	75 jours	90 jours
Frais d'accompagnant (établissements conventionnés)	Néant	35 € / jour	35 € / jour	70 € / jour	70 € / jour
Limite durée / nombre de jours par année civile et par bénéficiaire	-	60 jours	60 jours	75 jours	90 jours
Forfait journalier hospitalier (hors Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)	Néant	100% du FV <sup>(4)</sup>			
Forfait Patient Urgences (FPU)	Néant	100% du FV <sup>(4)</sup>			
Franchise sur les actes lourds	Néant	100% du FV <sup>(4)</sup>			
Transports sanitaires pris en charge par le RO <sup>(5)</sup>	65%	100%	100%	100%	100%
Interruption Volontaire de Grossesse	100%	100%	100%	100%	100%
Aide ménagère consécutive à une hospitalisation (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Néant	200 €	200 €	200 €	300 €

### MATERNITE

Test de grossesse (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Néant	30 €	30 €	30 €	30 €
Insémination artificielle non prise en charge par le RO <sup>(5)</sup> (par tentative, limitées à 3 tentatives sur la durée du Contrat)	Néant	150 €	200 €	300 €	300 €
Amniocentèse non prise en charge par le RO <sup>(5)</sup> (délai de stage de 9 mois) (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Néant	150 €	150 €	150 €	150 €
Actes d'obstétrique (accouchement dont péridurale) (médecins non-DPTAM <sup>(3)</sup> )	100%	200%	200%	200%	200%
Actes d'obstétrique (accouchement dont péridurale) (médecins DPTAM <sup>(3)</sup> )	100%	220%	220%	240%	260%
Traitement de la stérilité (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Néant	300 €	400 €	500 €	500 €
<b>Si inscription de l'enfant</b>					
Prime naissance	Néant	200 €	200 €	200 €	300 €
Colis naissance	Néant	OUI	OUI	OUI	OUI
Kinésithérapie y compris respiratoire (sur prescription médicale, enfant < 5 ans adhérent au Contrat) (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Néant	50 €	50 €	50 €	50 €
Substitut de lait maternel (sur prescription médicale) (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Néant	150 €	150 €	150 €	200 €
Prévention «soleil» (sur prescription médicale, enfant < 15 ans adhérent au contrat) (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Néant	100 €	100 €	100 €	100 €

### SOINS COURANTS

Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM <sup>(6)</sup> (dont chirurgie) (médecins non-DPTAM <sup>(3)</sup> )	70%	125%	135%	150%	200%
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM <sup>(6)</sup> (dont chirurgie) (médecins DPTAM <sup>(3)</sup> )	70%	145%	155%	170%	220%
Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie (médecins non-DPTAM <sup>(3)</sup> )	70%	100%	120%	150%	200%
Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie (médecins DPTAM <sup>(3)</sup> )	70%	100%	140%	170%	300%
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO <sup>(5)</sup>	60%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire non pris en charge par le RO <sup>(5)</sup> (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Néant	50 €	55 €	65 €	75 €
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60%	100%	100%	150%	300%
Médicaments prescrits pris en charge par le RO <sup>(5)</sup> (y compris substituts nicotiniques)	Entre 15% et 65%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et vaccins prescrits non pris en charge par le RO <sup>(5)</sup>	Néant	40% FR <sup>(7)</sup>	40% FR <sup>(7)</sup>	40% FR <sup>(7)</sup>	50% FR <sup>(7)</sup>
dans la limite d'un plafond global par année civile et par bénéficiaire de	-	150 €	150 €	150 €	250 €
Contraception non prise en charge par le RO <sup>(5)</sup>	Néant	40% FR <sup>(7)</sup>	40% FR <sup>(7)</sup>	40% FR <sup>(7)</sup>	50% FR <sup>(7)</sup>
dans la limite d'un plafond global par année civile et par bénéficiaire de	-	75 €	75 €	75 €	75 €
Visites diététiciens, nutritionnistes, naturopathes ; en-cas hyperprotéidiques et hypocaloriques prescrits	Néant	40% FR <sup>(7)</sup>	40% FR <sup>(7)</sup>	40% FR <sup>(7)</sup>	50% FR <sup>(7)</sup>
dans la limite d'un plafond global par année civile et par bénéficiaire de	-	150 €	150 €	150 €	300 €
Visites ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs	Néant	40% FR <sup>(7)</sup>	40% FR <sup>(7)</sup>	40% FR <sup>(7)</sup>	50% FR <sup>(7)</sup>
dans la limite d'un plafond global par année civile et par bénéficiaire de	-	150 €	150 €	150 €	300 €

### OPTIQUE Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO<sup>(5)</sup> et Ticket Modérateur inclus

Limité à 1 équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent, ou tous les ans pour les enfants < 16 ans ou en cas de modification de la vue, dans les conditions fixées dans votre Notice d'Information <sup>(3)</sup>					
Equipements «100% Santé» - Classe A <sup>(4)</sup> - y compris suppléments	60%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente <sup>(4)</sup>			
Equipements «Hors 100% Santé - Correction simple» - Classe B - dont 100€ maximum pour la monture	60%	150 €	175 €	200 €	300 €
Equipements «Hors 100% Santé - Correction complexe» - Classe B - dont 100€ maximum pour la monture	60%	300 €	350 €	400 €	450 €
Equipements «Hors 100% Santé - Correction très complexe» - Classe B - dont 100€ maximum pour la monture	60%	350 €	400 €	450 €	600 €
Suppléments pris en charge par le RO <sup>(5)</sup> «Hors 100% Santé»	60%	100%	100%	100%	100%
Lentilles prises en charge ou non par le RO <sup>(5)</sup> (forfait par année civile et par bénéficiaire)	60% ou néant	160 €	200 €	240 €	300 €
Opération de la myopie (forfait par œil, par année civile et par bénéficiaire)	Néant	100 €	150 €	200 €	300 €

### DENTAIRE

Soins et prothèses «100% Santé» <sup>(5)</sup>	70%	Frais Réels, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation <sup>(5)</sup>			
Soins pris en charge par le RO <sup>(5)</sup> «Hors 100% Santé»	70%	100%	100%	100%	100%
Prothèses et implantologie prises en charge par le RO <sup>(5)</sup> «Hors 100% Santé» (plafonnées, le cas échéant, à hauteur des Honoraires Limites de Facturation <sup>(6)</sup> )	70%	150%	195%	300%	500%
Prothèses et implantologie (dont radiologie et chirurgie) non prises en charge par le RO <sup>(5)</sup> (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Néant	500 €	750 €	1 050 €	1 750 €
Orthodontie prise en charge par le RO <sup>(5)</sup>	70% ou 100% <sup>(1)</sup>	200%	250%	300%	400%
Orthodontie non prise en charge par le RO <sup>(5)</sup> (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Néant	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €

### AIDES AUDITIVES

Limité à 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente <sup>(7)</sup>					
Aides auditives «100% Santé» - Classe <sup>(8)</sup>	60%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente <sup>(8)</sup>			
Aides auditives (Classe II dans la limite de 1 700 € / oreille <sup>(7)</sup> )	60%	200%	260%	300%	400%
Suppléments pris en charge par le RO <sup>(5)</sup> (dont suivi et piles)	60%	100%	100%	100%	100%

### MATERIEL MEDICAL

Prothèses orthopédiques (forfait par année civile et par bénéficiaire)	60%	100% + 80 €	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 200 €
Prothèses mammaires, capillaires et autres prothèses (forfait par année civile et par bénéficiaire)	60%	100% + 80 €	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 200 €
Fauteuil roulant (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100%	100% + 150 €	100% + 175 €	100% + 200 €	100% + 300 €

### AUTRES PRESTATIONS

Cure thermique prise en charge par le RO <sup>(5)</sup>					
- Soins et forfait surveillance	65% ou 70%(1)	100%	100%	100%	100%
- Transport et hébergement hors hospitalisation (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Néant	200 €	200 €	200 €	200 €
Actes de prévention <sup>(9)</sup> / Consultations psychologiques <sup>(10)</sup>	60%, 70% ou 100%	100%	100%	100%	100%
Service de Tiers Payant	-	OUI	OUI	OUI	OUI
Service Mutuelle Bleue Assistance	Néant	OUI	OUI	OUI	OUI
Service d'accès à des Téléconsultations Médicales gratuites	Néant	OUI	OUI	OUI	OUI

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

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

<sup>(2)</sup> Au-delà, pour les établissements non conventionnés, dans la limite de 6 000 € par hospitalisation.

<sup>(3)</sup> Les fréquences de renouvellement d'un équipement optique ainsi que les montants maximums de remboursement respectent les conditions fixées dans le Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018.

<sup>(4)</sup> Conformément au Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de Classe A), sont intégralement remboursés à hauteur des Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé et dans les conditions de prise en charge prévues dans ce Tableau des garanties et dans la Notice d'Information afférente en vigueur.

<sup>(5)</sup> Conformément au Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothétiques faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que définis dans la Convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale seront intégralement remboursés à hauteur des Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, 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, et dans les conditions de prise en charge prévues dans ce Tableau des garanties et dans la Notice d'Information afférente en vigueur.

<sup>(6)</sup> Dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés par la convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, 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.

<sup>(7)</sup> Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 14 novembre 2018.

<sup>(8)</sup> Conformément au Décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs médicaux d'aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (Classe I) sont intégralement remboursés à hauteur des Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé (avis du 28 novembre 2018).

<sup>(9)</sup> Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (Arrêté du 8 juin 2006).

<sup>(10)</sup> Dans la limite de 8 séances remboursées par année civile, selon les modalités définies à l'article L. 162-58 du Code de la Sécurité sociale et dans les conditions fixées par les Décrets et Arrêtés en vigueur.

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. Sauf mention contraire spécifiée dans le Tableau des garanties, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.