

Pack Santé +



Vos prestations

Vos prestations comprennent celles versées par le Régime Obligatoire. Elles sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement Sécurité Sociale (BRSS) 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 y compris ambulatoire et maternité, hors EHPAD et MAS ⁽¹⁾					
Frais de séjour, hébergement	80% ou 100% ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	Néant	100% du FV*	100% du FV*	100% du FV*	100% du FV*
Forfait Patient Urgences (FPU)	Néant	100% du FV*	100% du FV*	100% du FV*	100% du FV*
Franchise sur les actes lourds	Néant	100% du FV*	100% du FV*	100% du FV*	100% du FV*
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins DPTAM*)	80% ou 100% ⁽²⁾	100%	150%	200%	250%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins non-DPTAM*)	80% ou 100% ⁽²⁾	100%	130%	180%	200%
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	Néant	15 € / jour	20 € / jour	30 € / jour	40 € / jour
Limité à	20 jours par séjour et 90 jours par an				
Chambre particulière	Néant	45 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour
Limité annuellement à	90 jours, 60 jours et après un délai de carence de 9 mois en psychiatrie				
Transports sanitaires pris en charge par le RO*	65%	100%	100%	100%	100%

MALADIES GRAVES survenant après 12 mois dans Pack Santé +, dans les conditions fixées dans votre Règlement Mutualiste					
+ Versement d'un capital en cas de : cancer, AVC avec séquelles neurologiques, infarctus du myocarde, pontage coronarien, greffe d'un organe vital, sclérose en plaques, insuffisance rénale nécessitant dialyse, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer	-	2 000 €	3 000 €	4 000 €	5 000 €

SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM* (dont chirurgie) (médecins DPTAM*)	70%	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM* (dont chirurgie) (médecins non-DPTAM*)	70%	100%	130%	180%	200%
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60%	100%	100%	100%	100%
Radiologie et échographie (médecins DPTAM*)	70%	100%	125%	150%	200%
Radiologie et échographie (médecins non-DPTAM*)	70%	100%	105%	130%	180%
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO*	60%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits pris en charge par le RO*	de 15% à 65%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical Prothèses capillaires, semelles orthopédiques, etc.	60% ou 100% ⁽²⁾	100%	150%	200%	250%
Fauteuils roulants	100%	100% + 250 €	100% + 500 €	100% + 750 €	100% + 1 000 €
Actes de prévention ⁽³⁾ / Consultations psychologiques ⁽⁴⁾	60%, 70% ou 100% ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%

AUTRES SOINS					
+ Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, nutrition, diététique, naturopathie (3 séances par an)	Néant	30 € / séance	40 € / séance	50 € / séance	60 € / séance
Cures thermales (hors hospitalisation, thalassothérapie, balnéothérapie)	65% ou 70% ⁽²⁾	100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 300 €	100% + 400 €
Médicaments prescrits non pris en charge par le RO* (vaccins, homéopathie, contraception, etc.)	Néant	70 € / an	80 € / an	90 € / an	100 € / an
Analyses et examens de laboratoire prescrits non pris en charge par le RO*	Néant	70 € / an	80 € / an	90 € / an	100 € / an

OPTIQUE Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO* et Ticket Modérateur inclus
Limité à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans, suivant la précédente date d'acquisition, ou tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de modification de la vue, dans les conditions fixées dans votre Règlement Mutualiste⁽⁵⁾

Équipements «100% Santé»					
• Monture et verres (Classe A ⁽⁶⁾) - y compris suppléments	60%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente ⁽⁶⁾			
Équipements Hors «100% Santé»					
• Monture (Classe B)	60%	40 €	60 €	80 €	100 €
• Verre «correction simple» (Classe B)	60%	30 € / verre	70 € / verre	110 € / verre	150 € / verre
• Verre «correction complexe» (Classe B)	60%	80 € / verre	120 € / verre	160 € / verre	200 € / verre
• Verre «correction très complexe» (Classe B)	60%	80 € / verre	120 € / verre	160 € / verre	200 € / verre
• Suppléments pris en charge par le RO*	60%	100%	100%	100%	100%
Lentilles prises en charge ou non par le RO*	60% ou néant	100 € / an	125 € / an	150 € / an	200 € / an
Chirurgie réfractive : myopie, astigmatisme et hypermétropie	Néant	200 € / oeil	300 € / oeil	400 € / oeil	500 € / oeil

DENTAIRE					
Équipements «100% Santé»⁽⁷⁾					
• Soins et prothèses	70%	Frais Réels, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁸⁾			
Équipements Hors «100% Santé»					
• Soins pris en charge par le RO*	70%	100%	100%	100%	100%
• Prothèses et implantologie prises en charge par le RO* Plafonné, le cas échéant, à hauteur des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁸⁾	70%	225%	250%	300%	350%
• Orthodontie prise en charge par le RO*	70% ou 100% ⁽²⁾	225%	250%	300%	350%
Au-delà de 100% BRSS, les équipements Hors «100% Santé» sus-mentionnés sont plafonnés à		1 100 € / an	1 800 € / an	2 700 € / an	3 500 € / an
Actes dentaires non pris en charge par le RO* (implantologie, parodontie, orthodontie)	Néant	300 € / an	400 € / an	500 € / an	600 € / an

AIDES AUDITIVES Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO* et Ticket Modérateur inclus
Limité à 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente⁽⁹⁾

Équipements «100% Santé»					
• Aides auditives «100% Santé» (Classe I) ⁽¹⁰⁾	60%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente ⁽¹⁰⁾			
Équipements Hors «100% Santé»					
• Aides auditives (Classe II)	60%	100%	100%	450 € / oreille (min 100% TM*)	950 € / oreille (min 100% TM*)
• Suppléments pris en charge par le RO* (dont suivi et piles)	60%	100%	100%	100%	100%

SERVICES					
+ Tiers Payant		Inclus			
Mutuelle Bleue Assistance 7j/7, 24h/24		Inclus			
Accès à des Téléconsultations Médicales gratuites 7j/7, 24h/24		Inclus			

PREVOYANCE (facultatif)					
Protection Hospi		Indemnité forfaitaire de 20 € par jour d'hospitalisation			
Protection Accident		Capital de 20 000 € en cas de décès accidentel ou de PTIA* par accident			
Capital Equipement Handicap / Dépendance		Capital de 5 000 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap			

* BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - 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 - ATM : Actes Techniques Médicaux - PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - TM : Ticket Modérateur

(1) Les frais non pris en charge par le Régime Obligatoire et facturés par les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ne sont pas pris en charge par Mutuelle Bleue.

(2) En fonction de la nature des soins.

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

(4) 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.

(5) 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.

(6) 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 le Règlement Mutualiste afférent en vigueur.

(7) 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 le Règlement Mutualiste afférent en vigueur.

(8) 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.

(9) 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.

(10) 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) et dans les conditions de prise en charge prévues dans ce Tableau des garanties et dans le Règlement Mutualiste afférent 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^{er} 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.

0 800 71 81 91

Service & appel
gratuits

www.mutuellebleue.fr

mutuelle
PRÉSENTS
POUR VOUS
bleue

Pack Santé +



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) 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 y compris ambulatoire et maternité, hors EHPAD et MAS⁽¹⁾

Frais de séjour, hébergement	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait Patient Urgences (FPU)	100%	100%	100%	100%	100%
Franchise sur les actes lourds	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins DPTAM*)	100%	100%	150%	200%	250%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins non-DPTAM*)	100%	100%	130%	180%	200%
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)	Néant	15 € / jour	20 € / jour	30 € / jour	40 € / jour
Limité à	20 jours par séjour et 90 jours par an				
Chambre particulière	Néant	45 € / jour	65 € / jour	80 € / jour	100 € / jour
Limité annuellement à	90 jours, 60 jours et après un délai de carence de 9 mois en psychiatrie				
Transports sanitaires pris en charge par le RO*	100%	100%	100%	100%	100%

MALADIES GRAVES survenant après 12 mois dans Pack Santé +, dans les conditions fixées dans votre Règlement Mutualiste

+ Versement d'un capital en cas de : cancer, AVC avec séquelles neurologiques, infarctus du myocarde, pontage coronarien, greffe d'un organe vital, sclérose en plaques, insuffisance rénale nécessitant dialyse, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer	-	2 000 €	3 000 €	4 000 €	5 000 €
--	---	---------	---------	---------	---------

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM* (dont chirurgie) (médecins DPTAM*)	90%	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM* (dont chirurgie) (médecins non-DPTAM*)	90%	100%	130%	180%	200%
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	90%	100%	100%	100%	100%
Radiologie et échographie (médecins DPTAM*)	90%	100%	125%	150%	200%
Radiologie et échographie (médecins non-DPTAM*)	90%	100%	105%	130%	180%
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO*	90%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits pris en charge par le RO*	de 15% à 90%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical Prothèses capillaires, semelles orthopédiques, etc.	90% ou 100% ⁽²⁾	100%	150%	200%	250%
Fauteuils roulants	100%	100% + 250 €	100% + 500 €	100% + 750 €	100% + 1 000 €
Actes de prévention ⁽³⁾ / Consultations psychologiques ⁽⁴⁾	90% ou 100% ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%

AUTRES SOINS

+ Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, nutrition, diététique, naturopathie (3 séances par an)	Néant	30 € / séance	40 € / séance	50 € / séance	60 € / séance
Cures thermales (hors hospitalisation, thalassothérapie, balnéothérapie)	90%	100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 300 €	100% + 400 €
Médicaments prescrits non pris en charge par le RO* (vaccins, homéopathie, contraception, etc.)	Néant	70 € / an	80 € / an	90 € / an	100 € / an
Analyses et examens de laboratoire prescrits non pris en charge par le RO*	Néant	70 € / an	80 € / an	90 € / an	100 € / an

OPTIQUE Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO* et Ticket Modérateur inclus

Limité à 1 monture et 2 verres tous les 2 ans, suivant la précédente date d'acquisition, ou tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de modification de la vue, dans les conditions fixées dans votre Règlement Mutualiste⁽⁵⁾

Equipements «100% Santé»

• Monture et verres (Classe A ⁽⁶⁾ - y compris suppléments)	90%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente ⁽⁶⁾			
---	-----	--	--	--	--

Equipements Hors «100% Santé»

• Monture (Classe B)	90%	40 €	60 €	80 €	100 €
• Verre «correction simple» (Classe B)	90%	30 € / verre	70 € / verre	110 € / verre	150 € / verre
• Verre «correction complexe» (Classe B)	90%	80 € / verre	120 € / verre	160 € / verre	200 € / verre
• Verre «correction très complexe» (Classe B)	90%	80 € / verre	120 € / verre	160 € / verre	200 € / verre
• Suppléments pris en charge par le RO*	90%	100%	100%	100%	100%
Lentilles prises en charge ou non par le RO*	90% ou néant	100 € / an	125 € / an	150 € / an	200 € / an
Chirurgie réfractive : myopie, astigmatisme et hypermétropie	Néant	200 € / oeil	300 € / oeil	400 € / oeil	500 € / oeil

DENTAIRE

Equipements «100% Santé»⁽⁷⁾

• Soins et prothèses	90%	Frais Réels, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁸⁾			
----------------------	-----	--	--	--	--

Equipements Hors «100% Santé»

• Soins pris en charge par le RO*	90%	100%	100%	100%	100%
• Prothèses et implantologie prises en charge par le RO* Plafonné, le cas échéant, à hauteur des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁸⁾	90%	225%	250%	300%	350%
• Orthodontie prise en charge par le RO*	100%	225%	250%	300%	350%
Au-delà de 100% BRSS, les équipements Hors «100% Santé» sus-mentionnés sont plafonnés à		1 100 € / an	1 800 € / an	2 700 € / an	3 500 € / an
Actes dentaires non pris en charge par le RO* (implantologie, parodontie, orthodontie)	Néant	300 € / an	400 € / an	500 € / an	600 € / an

AIDES AUDITIVES Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO* et Ticket Modérateur inclus

Limité à 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente⁽⁹⁾

Equipements «100% Santé»

• Aides auditives «100% Santé» (Classe I) ⁽¹⁰⁾	90%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente ⁽¹⁰⁾			
---	-----	---	--	--	--

Equipements Hors «100% Santé»

• Aides auditives (Classe II)	90%	100%	100%	450 € / oreille (min 100% TM*)	950 € / oreille (min 100% TM*)
• Suppléments pris en charge par le RO* (dont suivi et piles)	90%	100%	100%	100%	100%

SERVICES

+ Tiers Payant	Inclus
Mutuelle Bleue Assistance 7j/7, 24h/24	Inclus
Accès à des Téléconsultations Médicales gratuites 7j/7, 24h/24	Inclus

PREVOYANCE (facultatif)

Protection Hospi	Indemnité forfaitaire de 20 € par jour d'hospitalisation
Protection Accident	Capital de 20 000 € en cas de décès accidentel ou de PTIA* par accident

* BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - 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 Chirugiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - RO : Régime Obligatoire - ATM : Actes Techniques Médicaux - PTIA : Perte Totale et Irréversible d'Autonomie - TM : Ticket Modérateur

(1) Les frais non pris en charge par le Régime Obligatoire et facturés par les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ne sont pas pris en charge par Mutuelle Bleue.

(2) En fonction de la nature des soins.

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

(4) 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.

(5) 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.

(6) 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 le Règlement Mutualiste afférent en vigueur.

(7) 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 le Règlement Mutualiste afférent en vigueur.

(8) 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.

(9) 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.

(10) 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) et dans les conditions de prise en charge prévues dans ce Tableau des garanties et dans le Règlement Mutualiste afférent 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^{er} 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.

0 800 71 81 91

Service & appel
gratuits

www.mutuellebleue.fr

mutuelle
PRÉSENTS
POUR VOUS
bleue