

Pack 100% Santé



Régime général

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 BR ^(*)	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
HOSPITALISATION				
Frais de séjour, hébergement et ambulatoires	80% ou 100% ⁽¹⁾	100%	100%	100%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins non-DPTAM ^(*))	80% ou 100% ⁽¹⁾	100%	100%	150%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins DPTAM ^(*))	80% ou 100% ⁽¹⁾	100%	100%	200%
Chambre particulière (dans la limite de 15 jours par année civile)	Néant	45 € / jour	65 € / jour	65 € / jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans dans la limite de 10 jours par séjour)	Néant	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Forfait journalier hospitalier (hors Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes et Maisons d'Accueil Spécialisées)	Néant	100% du FV ^(*)	100% du FV ^(*)	100% du FV ^(*)
Franchise sur les actes lourds	Néant	100% du FV ^(*)	100% du FV ^(*)	100% du FV ^(*)
Transports sanitaires pris en charge par le RO ^(*)	65%	100%	100%	100%
Maternité				
- Accouchement	100%	100%	100%	100%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins non-DPTAM ^(*))	100%	100%	100%	150%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins DPTAM ^(*))	100%	100%	100%	200%
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM ^(*) (dont chirurgie) (médecins non-DPTAM ^(*))	70%	100%	100%	150%
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM ^(*) (dont chirurgie) (médecins DPTAM ^(*))	70%	100%	100%	200%
Radiologie et échographie	70%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO ^(*)	60%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits pris en charge par le RO ^(*)	Entre 15% et 65%	100%	100%	100%
OPTIQUE Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO ^(*) et Ticket Modérateur inclus				
<i>Limité à 1 équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants < 18 ans (16 ans à compter du 01/01/2020) ou en cas de modification de la vue, dans les conditions fixées dans votre Règlement Mutualiste⁽²⁾</i>				
Monture et verres «100% Santé» - Classe A ⁽³⁾ - y compris suppléments - à compter du 01/01/2020	60%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente ⁽³⁾		
Monture (toutes Classes jusqu'au 31/12/2019, Classe B à compter du 01/01/2020)	60%	30 €	40 €	40 €
Verre «correction simple» (toutes Classes jusqu'au 31/12/2019, Classe B à compter du 01/01/2020)	60%	35 € / verre	55 € / verre	55 € / verre
Verre «correction complexe» (toutes Classes jusqu'au 31/12/2019, Classe B à compter du 01/01/2020)	60%	85 € / verre	155 € / verre	155 € / verre
Verre «correction très complexe» (toutes Classes jusqu'au 31/12/2019, Classe B à compter du 01/01/2020)	60%	85 € / verre	155 € / verre	155 € / verre
Suppléments pris en charge par le RO ^(*)	60%	100%	100%	100%
Lentilles prises en charge ou non par le RO ^(*) (forfait par année civile et par bénéficiaire)	60% ou néant	100 €	100 €	100 €
DENTAIRE				
Soins et prothèses «100% Santé» - faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge à compter du 01/01/2020 ⁽⁴⁾	70%	Frais Réels, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁵⁾		
Soins pris en charge par le RO ^(*)	70%	100%	100%	100%
Prothèses et implantologie prises en charge par le RO ^(*) (plafonnées, à compter du 01/01/2020 et, le cas échéant, à hauteur des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁵⁾)	70%	225%	300%	300%
Orthodontie prise en charge par le RO ^(*)	70% ou 100% ⁽¹⁾	225%	300%	300%
AIDES AUDITIVES Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO ^(*) et Ticket Modérateur inclus				
<i>Limité, à compter du 01/01/2021, à 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans⁽⁷⁾</i>				
Aides auditives «100% Santé» - Classe I - à compter du 01/01/2021 ⁽⁶⁾	60%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente ⁽⁶⁾		
Aides auditives (toutes Classes jusqu'au 31/12/2020 et Classe II dans la limite de 1 700 € / oreille ⁽⁷⁾ à compter du 01/01/2021 ⁽⁶⁾)	60%	100%	450 €/oreille (minimum 100% BR ^(*))	450 €/oreille (minimum 100% BR ^(*))
Suppléments pris en charge par le RO ^(*) (dont suivi et piles)	60%	100%	100%	100%
MATERIEL MEDICAL				
Prothèses capillaires, semelles orthopédiques, etc.	60%	100%	100%	100%
AUTRES PRESTATIONS				
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (Arrêté du 8 juin 2006)	70% ou 100%	100%	100%	100%
Service de Tiers Payant	-	OUI	OUI	OUI
Services Mutuelle Bleue Assistance	Néant	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 Dépendance / Handicap		Versement d'un capital de 3 000 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap		

(*) BR : Base de Remboursement - 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

⁽¹⁾ En fonction de la nature des soins

⁽²⁾ A compter du 1^{er} janvier 2020, 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.

⁽³⁾ A compter du 1^{er} janvier 2020, 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), seront intégralement remboursés à hauteur des Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé.

Avant le 1^{er} janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle de votre équipement optique s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans le Règlement Mutualiste référencé RMP100S 001 et dans ce tableau de garanties en fonction du type de correction (« simple », « complexe », « très complexe »).

⁽⁴⁾ A compter du 1^{er} janvier 2020, 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.

Avant le 1^{er} janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle des soins, prothèses et actes d'implantologie faisant l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans le Règlement Mutualiste référencé RMP100S 001 et dans ce tableau de garanties en fonction de l'acte réalisé.

⁽⁵⁾ 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.

⁽⁶⁾ A compter du 1^{er} janvier 2021, 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) seront intégralement remboursés à hauteur des Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé (Avis du 28 novembre 2018).

Avant le 1^{er} janvier 2021, la prise en charge par la Mutuelle des aides auditives s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans le Règlement Mutualiste référencé RMP100S 001 et dans ce tableau de garanties.

⁽⁷⁾ 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.

Tous les pourcentages indiqués dans le tableau 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 2019 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, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.

Pack 100% Santé



Régime local Alsace-Moselle

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 BR ⁽¹⁾	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
HOSPITALISATION				
Frais de séjour, hébergement et ambulatoires	100%	100%	100%	100%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins non-DPTAM ⁽¹⁾)	100%	100%	100%	150%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins DPTAM ⁽¹⁾)	100%	100%	100%	200%
Chambre particulière (dans la limite de 15 jours par année civile)	Néant	45 € / jour	65 € / jour	65 € / jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans dans la limite de 10 jours par séjour)	Néant	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Forfait journalier hospitalier (hors Établissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes et Maisons d'Accueil Spécialisées)	100%	100% du FV ⁽¹⁾	100% du FV ⁽¹⁾	100% du FV ⁽¹⁾
Franchise sur les actes lourds	100%	100% du FV ⁽¹⁾	100% du FV ⁽¹⁾	100% du FV ⁽¹⁾
Transports sanitaires pris en charge par le RO ⁽¹⁾	100%	100%	100%	100%
Maternité				
- Accouchement	100%	100%	100%	100%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins non-DPTAM ⁽¹⁾)	100%	100%	100%	150%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins DPTAM ⁽¹⁾)	100%	100%	100%	200%
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM ⁽¹⁾ (dont chirurgie) (médecins non-DPTAM ⁽¹⁾)	90%	100%	100%	150%
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, ATM ⁽¹⁾ (dont chirurgie) (médecins DPTAM ⁽¹⁾)	90%	100%	100%	200%
Radiologie et échographie	90%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO ⁽¹⁾	90%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	90%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits pris en charge par le RO ⁽¹⁾	Entre 15% et 90%	100%	100%	100%
OPTIQUE Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO ⁽¹⁾ et Ticket Modérateur inclus				
<i>Limité à 1 équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants < 18 ans (16 ans à compter du 01/01/2020) ou en cas de modification de la vue, dans les conditions fixées dans votre Règlement Mutualiste⁽²⁾</i>				
Monture et verres «100% Santé» - Classe A ⁽³⁾ - y compris suppléments - à compter du 01/01/2020	90%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente ⁽³⁾		
Monture (toutes Classes jusqu'au 31/12/2019, Classe B à compter du 01/01/2020)	90%	30 €	40 €	40 €
Verre «correction simple» (toutes Classes jusqu'au 31/12/2019, Classe B à compter du 01/01/2020)	90%	35 € / verre	55 € / verre	55 € / verre
Verre «correction complexe» (toutes Classes jusqu'au 31/12/2019, Classe B à compter du 01/01/2020)	90%	85 € / verre	155 € / verre	155 € / verre
Verre «correction très complexe» (toutes Classes jusqu'au 31/12/2019, Classe B à compter du 01/01/2020)	90%	85 € / verre	155 € / verre	155 € / verre
Suppléments pris en charge par le RO ⁽¹⁾	90%	100%	100%	100%
Lentilles prises en charge ou non par le RO ⁽¹⁾ (forfait par année civile et par bénéficiaire)	90% ou néant	100 €	100 €	100 €
DENTAIRE				
Soins et prothèses «100% Santé» - faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge à compter du 01/01/2020 ⁽⁴⁾	90%	Frais Réels, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁵⁾		
Soins pris en charge par le RO ⁽¹⁾	90%	100%	100%	100%
Prothèses et implantologie prises en charge par le RO ⁽¹⁾ (plafonnées, à compter du 01/01/2020 et, le cas échéant, à hauteur des Honoraires Limites de Facturation ⁽⁵⁾)	90%	225%	300%	300%
Orthodontie prise en charge par le RO ⁽¹⁾	100%	225%	300%	300%
AIDES AUDITIVES Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO ⁽¹⁾ et Ticket Modérateur inclus				
<i>Limité, à compter du 01/01/2021, à 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans⁽⁷⁾</i>				
Aides auditives «100% Santé» - Classe I - à compter du 01/01/2021 ⁽⁶⁾	90%	Frais Réels, dans la limite des Prix Limites de Vente ⁽⁶⁾		
Aides auditives (toutes Classes jusqu'au 31/12/2020 et Classe II dans la limite de 1 700 € / oreille ⁽⁷⁾ à compter du 01/01/2021 ⁽⁶⁾)	90%	100%	450 €/oreille (minimum 100% BR ⁽¹⁾)	450 €/oreille (minimum 100% BR ⁽¹⁾)
Suppléments pris en charge par le RO ⁽¹⁾ (dont suivi et piles)	90%	100%	100%	100%
MATERIEL MEDICAL				
Prothèses capillaires, semelles orthopédiques, etc.	90%	100%	100%	100%
AUTRES PRESTATIONS				
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (Arrêté du 8 juin 2006)	90% ou 100%	100%	100%	100%
Service de Tiers Payant	-	OUI	OUI	OUI
Services Mutuelle Bleue Assistance	Néant	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 Dépendance / Handicap		Versement d'un capital de 3 000 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap		

⁽¹⁾ BR : Base de Remboursement - 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

⁽¹⁾ En fonction de la nature des soins

⁽²⁾ A compter du 1^{er} janvier 2020, 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.

⁽³⁾ A compter du 1^{er} janvier 2020, 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), seront intégralement remboursés à hauteur des Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé.

Avant le 1^{er} janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle de votre équipement optique s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans le Règlement Mutualiste référencé RMP100S 001 et dans ce tableau de garanties en fonction du type de correction (« simple », « complexe », « très complexe »).

⁽⁴⁾ A compter du 1^{er} janvier 2020, 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.

Avant le 1^{er} janvier 2020, la prise en charge par la Mutuelle des soins, prothèses et actes d'implantologie faisant l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans le Règlement Mutualiste référencé RMP100S 001 et dans ce tableau de garanties en fonction de l'acte réalisé.

⁽⁵⁾ 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.

⁽⁶⁾ A compter du 1^{er} janvier 2021, 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) seront intégralement remboursés à hauteur des Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé (Avis du 28 novembre 2018).

Avant le 1^{er} janvier 2021, la prise en charge par la Mutuelle des aides auditives s'effectuera conformément aux conditions de remboursement fixées dans le Règlement Mutualiste référencé RMP100S 001 et dans ce tableau de garanties.

⁽⁷⁾ 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.

Tous les pourcentages indiqués dans le tableau 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 2019 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, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.