

## 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 B.R. <sup>(1)</sup>	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
<b>HOSPITALISATION</b> médicale ou chirurgicale y compris maternité						
Frais de séjour, hébergement et ambulatoires	80 ou 100 %	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
Honoraires de chirurgiens et anesthésistes (médecins non-DPTAM*)	80 ou 100 %	125% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
Honoraires de chirurgiens et anesthésistes (médecins DPTAM*)	80 ou 100 %	145% B.R. <sup>(1)</sup>	145% B.R. <sup>(1)</sup>	170% B.R. <sup>(1)</sup>	220% B.R. <sup>(1)</sup>	220% B.R. <sup>(1)</sup>
Chambre particulière (60 jours par an <sup>(2)</sup> )	néant	—	40 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour
Lit accompagnant (90 jours par an <sup>(2)</sup> )	néant	—	10 € / jour	15 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
Forfait journalier	néant	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur
Franchise sur les actes lourds	néant	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur	100 % du forfait en vigueur
Transports sanitaires pris en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	65%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
Interruption Volontaire de Grossesse	100%	—	—	—	—	—
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>						
Consultations, visites et actes techniques médicaux, généralistes / spécialistes (médecins non-DPTAM*)	70%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
Consultations, visites et actes techniques médicaux, généralistes / spécialistes (médecins DPTAM*)	70%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	145% B.R. <sup>(1)</sup>	170% B.R. <sup>(1)</sup>	220% B.R. <sup>(1)</sup>	220% B.R. <sup>(1)</sup>
Actes de radiologie et d'échographie	70%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie...)	60%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
Analyses prises en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	60%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
Soins à l'étranger pris en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	70%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
<b>PHARMACIE</b>						
Médicaments prescrits pris en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	15, 30 ou 65%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
<b>OPTIQUE</b>						
Forfait Equipement « correction simple » (incluant le ticket modérateur, tous les 2 ans, forfait annuel si changement de dioptrie et enfant de moins de 18 ans / dont participation maximale de 150 € sur la monture)	60%	100 €	150 €	200 €	300 €	450 €
Forfait Equipement « correction complexe » (incluant le ticket modérateur, tous les 2 ans, forfait annuel si changement de dioptrie et enfant de moins de 18 ans / dont participation maximale de 150 € sur la monture)	60%	200 €	300 €	400 €	450 €	550 €
Forfait Equipement « correction très complexe » (incluant le ticket modérateur, tous les 2 ans, forfait annuel si changement de dioptrie et enfant de moins de 18 ans / dont participation maximale de 150 € sur la monture)	60%	300 €	350 €	450 €	600 €	750 €
Lentilles prises en charge ou non par le R.O. <sup>(3)</sup> (Forfait annuel <sup>(2)</sup> )	60% ou néant	125 €	170 €	220 €	270 €	300 €
Opération de la myopie	néant	—	125 €	170 €	220 €	270 €
<b>DENTAIRE</b>						
Soins et radiologie pris en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	70%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
Prothèses dentaires prises en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	70%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	350% B.R. <sup>(1)</sup>
Prothèses dentaires non prises en charge par le R.O. <sup>(3)</sup> et implantologie (Forfait annuel <sup>(2)</sup> )	néant	—	100 €	150 €	250 €	450 €
Orthodontie prise en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	70 ou 100%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	250% B.R. <sup>(1)</sup>
Plafond annuel <sup>(2)</sup> du remboursement Prothèses / Implantologie / Orthodontie	—	—	500 €	800 €	1 000 €	1 500 €
<b>APPAREILLAGES</b>						
Prothèses auditives	60%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	250% B.R. <sup>(1)</sup>
Autres prothèses (y compris mammaires et orthopédiques)	60%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	250% B.R. <sup>(1)</sup>
<b>PRÉVENTION</b>						
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale	70 ou 100%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
<b>VOS PRESTATIONS CONFORT</b>						
Pharmacie non prise en charge par le R.O. <sup>(3)</sup> y compris homéopathie et vaccins (toutes formes)	néant	—	—	Participation de la dépense à hauteur de 40 % des F.R. <sup>(4)</sup> dans la limite d'un plafond annuel de 100 €		
Visites diététiciens, nutritionnistes, naturopathes, en-cas hyperprotéiques et hypocaloriques prescrits	néant	—	—	Participation de la dépense à hauteur de 40 % des F.R. <sup>(4)</sup> dans la limite d'un plafond annuel de 100 €		
Visites ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs	néant	—	—	Participation de la dépense à hauteur de 40 % des F.R. <sup>(4)</sup> dans la limite d'un plafond annuel de 100 €		
Cures thermales prises en charge par le R.O. <sup>(3)</sup> : frais médicaux	65%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
Traitement de la stérilité	néant	—	—	300 €/an	350 €/an	400 €/an
Insémination artificielle non prise en charge par le R.O. <sup>(3)</sup> , par tentative (limitée à 3 tentatives durant la durée du contrat)	néant	—	—	150 €	250 €	300 €
Prime naissance	néant	—	—	150 €	150 €	150 €
Colis naissance	néant	—	—	oui	oui	oui
Mutuelle Bleue Assistance	néant	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale (dans la limite de 12 consultations/an)	néant	oui	oui	oui	oui	oui
<b>PRÉVOYANCE</b> (Facultative)						
Prévoyance Hospitalisation	—	Versement d'une indemnité forfaitaire de 15 € par jour d'hospitalisation.				
Prévoyance Accident	—	Versement d'un capital de 15 000 € en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, par accident.				
Capital Equipement Dépendance / Handicap	—	Versement d'un capital de 3 000 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap.				

(1) B.R. : Base de Remboursement (2) Par année civile et par bénéficiaire (3) R.O. : Régime Obligatoire (4) F.R. : Frais Réels

\*Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS/Contrat d'Accès aux Soins, OPTAM/Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, OPTAM-CO/OPTAM Chirurgiens-Obstétriciens et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

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<sup>er</sup> janvier 2017 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€, 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 B.R. <sup>(1)</sup>	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
<b>HOSPITALISATION</b> médicale ou chirurgicale y compris maternité						
Frais de séjour, hébergement et ambulatoires	100 %	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
Honoraires de chirurgiens et anesthésistes (médecins non-DPTAM*)	100 %	125% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
Honoraires de chirurgiens et anesthésistes (médecins DPTAM*)	100 %	145% B.R. <sup>(1)</sup>	145% B.R. <sup>(1)</sup>	170% B.R. <sup>(1)</sup>	220% B.R. <sup>(1)</sup>	220% B.R. <sup>(1)</sup>
Chambre particulière (60 jours par an <sup>(2)</sup> )	néant	—	40 € / jour	60 € / jour	70 € / jour	80 € / jour
Lit accompagnant (90 jours par an <sup>(2)</sup> )	néant	—	10 € / jour	15 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
Forfait journalier	100%	—	—	—	—	—
Franchise sur les actes lourds	100%	—	—	—	—	—
Transports sanitaires pris en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	100%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
Interruption Volontaire de Grossesse	100%	—	—	—	—	—
<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>						
Consultations, visites et actes techniques médicaux, généralistes / spécialistes (médecins non-DPTAM*)	90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
Consultations, visites et actes techniques médicaux, généralistes / spécialistes (médecins DPTAM*)	90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	145% B.R. <sup>(1)</sup>	170% B.R. <sup>(1)</sup>	220% B.R. <sup>(1)</sup>	220% B.R. <sup>(1)</sup>
Actes de radiologie et d'échographie	90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie...)	90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
Analyses prises en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
Soins à l'étranger pris en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
<b>PHARMACIE</b>						
Médicaments prescrits pris en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	15, 80 ou 90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
<b>OPTIQUE</b>						
Forfait Equipement « correction simple » (incluant le ticket modérateur, tous les 2 ans, forfait annuel si changement de dioptrie et enfant de moins de 18 ans / dont participation maximale de 150 € sur la monture)	90%	100 €	150 €	200 €	300 €	450 €
Forfait Equipement « correction complexe » (incluant le ticket modérateur, tous les 2 ans, forfait annuel si changement de dioptrie et enfant de moins de 18 ans / dont participation maximale de 150 € sur la monture)	90%	200 €	300 €	400 €	450 €	550 €
Forfait Equipement « correction très complexe » (incluant le ticket modérateur, tous les 2 ans, forfait annuel si changement de dioptrie et enfant de moins de 18 ans / dont participation maximale de 150 € sur la monture)	90%	300 €	350 €	450 €	600 €	750 €
Lentilles prises en charge ou non par le R.O. <sup>(3)</sup> (Forfait annuel <sup>(2)</sup> )	90% ou néant	125 €	170 €	220 €	270 €	300 €
Opération de la myopie	néant	—	125 €	170 €	220 €	270 €
<b>DENTAIRE</b>						
Soins et radiologie pris en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>
Prothèses dentaires prises en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	350% B.R. <sup>(1)</sup>
Prothèses dentaires non prises en charge par le R.O. <sup>(3)</sup> et implantologie (Forfait annuel <sup>(2)</sup> )	néant	—	100 €	150 €	250 €	450 €
Orthodontie prise en charge par le R.O. <sup>(3)</sup>	100%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	250% B.R. <sup>(1)</sup>
Plafond annuel <sup>(2)</sup> du remboursement Prothèses / Implantologie / Orthodontie	—	—	500 €	800 €	1 000 €	1 500 €
<b>APPAREILLAGES</b>						
Prothèses auditives	90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	250% B.R. <sup>(1)</sup>
Autres prothèses (y compris mammaires et orthopédiques)	90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	125% B.R. <sup>(1)</sup>	150% B.R. <sup>(1)</sup>	200% B.R. <sup>(1)</sup>	250% B.R. <sup>(1)</sup>
<b>PRÉVENTION</b>						
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale	90 ou 100%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
<b>VOS PRESTATIONS CONFORT</b>						
Pharmacie non prise en charge par le R.O. <sup>(3)</sup> y compris homéopathie et vaccins (toutes formes)	néant	—	—	Participation de la dépense à hauteur de 40 % des F.R. <sup>(4)</sup> dans la limite d'un plafond annuel de 100 €		
Visites diététiciens, nutritionnistes, naturopathes, en-cas hyperprotéiques et hypocaloriques prescrits	néant	—	—	Participation de la dépense à hauteur de 40 % des F.R. <sup>(4)</sup> dans la limite d'un plafond annuel de 100 €		
Visites ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs	néant	—	—	Participation de la dépense à hauteur de 40 % des F.R. <sup>(4)</sup> dans la limite d'un plafond annuel de 100 €		
Cures thermales prises en charge par le R.O. <sup>(3)</sup> : frais médicaux	90%	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>	100% B.R. <sup>(1)</sup>
Traitement de la stérilité	néant	—	—	300 €/an	350 €/an	400 €/an
Insémination artificielle non prise en charge par le R.O. <sup>(3)</sup> , par tentative (limitée à 3 tentatives durant la durée du contrat)	néant	—	—	150 €	250 €	300 €
Prime naissance	néant	—	—	150 €	150 €	150 €
Colis naissance	néant	—	—	oui	oui	oui
Mutuelle Bleue Assistance	néant	oui	oui	oui	oui	oui
Téléconsultation médicale (dans la limite de 12 consultations/an)	néant	oui	oui	oui	oui	oui
<b>PRÉVOYANCE</b> (Facultative)						
Prévoyance Hospitalisation	—	Versement d'une indemnité forfaitaire de 15 € par jour d'hospitalisation.				
Prévoyance Accident	—	Versement d'un capital de 15 000 € en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, par accident.				
Capital Equipement Dépendance / Handicap	—	Versement d'un capital de 3 000 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap.				

(1) B.R. : Base de Remboursement (2) Par année civile et par bénéficiaire (3) R.O. : Régime Obligatoire (4) F.R. : Frais Réels

\*Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS/Contrat d'Accès aux Soins, OPTAM/Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, OPTAM-CO/OPTAM Chirurgiens-Obstétriciens et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

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<sup>er</sup> janvier 2017 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€, 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.



0 800 71 81 91

Service & appel gratuits

www.mutuellebleue.fr

PRÉVOYANCE - SANTÉ - ASSURANCE