



Garanties santé (Remboursements au 01/09/2014)

	SPS1	SPS2	SPS3	SPS4
HOSPITALISATION (médicale & chirurgicale) RO + Mutuelle				
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %
Soins - Honoraires	150 %	150 %	150 %	150 %
Forfait Journalier illimité en chirurgie et médecine	OUI**	OUI**	OUI**	OUI**
Forfait Journalier en Psychiatrie (limité à 30 jours/an)	OUI**	OUI**	OUI**	OUI**
Forfait Journalier en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour (limitée à 90j/an)	OUI**	OUI**	OUI**	OUI**
Chambre Particulière avec hébergement en chirurgie, médecine et maternité (durée illimitée)	limitée à 45 €/jour*	limitée à 45 €/jour*	limitée à 45 €/jour*	limitée à 60 €/jour*
Chambre Particulière sans hébergement (limitée à 10 jours/an)	limitée à 7 €/jour*	limitée à 7 €/jour*	limitée à 7 €/jour*	limitée à 7 €/jour*
Frais d'accompagnement (Lit et repas hospitaliers) pour un enfant de - de 12 ans en chirurgie et médecine (durée illimitée)	limitée à 15 €/jour*	limitée à 15 €/jour*	limitée à 15 €/jour*	limitée à 20 €/jour*
SOINS ET HONORAIRES MÉDICAUX RO + Mutuelle				
Consultations, Visites Généralistes	125 %	125 %	125 %	175 %
Consultations, Visites Spécialistes	125 %	125 %	125 %	175 %
Actes Techniques	125 %	125 %	125 %	175 %
Auxiliaires Médicaux	100 %	100 %	100 %	150 %
Analyses Laboratoires	100 %	100 %	100 %	150 %
Radiologie	100 %	100 %	100 %	150 %
Transport	100 %	100 %	100 %	150 %
Pharmacie	100 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE RO + Mutuelle				
Soins et Radios	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses mobiles et fixes acceptées par RO	150 %	150 %	250 %	250 %
Inlay-Core	150 %	150 %	180 %	180 %
Orthodontie acceptée par le régime de base obligatoire	150 %	150 %	250 %	250 %
Plafond annuel par bénéficiaire: prothèses mobiles et fixes, orthodontie acceptées par RO	-	-	1 000 €	1 000 €
AUDIOPROTHÈSE - PETIT APPAREILLAGE (FORFAIT ANNUEL PAR BÉNÉFICIAIRE) RO + Mutuelle				
Audioprothèses et Petit Appareillage	125 %	125 %	125 %	175 %
OPTIQUE (Forfait annuel par bénéficiaire) RO + Mutuelle				
Base de remboursement Régime Obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait annuel monture, verres, lentilles acceptées ou refusées***	95 €	-	95 €	-
Bonus si pas de remboursement optique l'année civile précédente****	25 €	-	25 €	-
Bonus si pas de remboursement optique les 2 années civiles pleines précédentes****	50 €	-	50 €	-
- Enfant, 2 équipements par an sous réserve d'une prise en charge par le régime de base obligatoire (2)	-	180€ bonus 50 €	-	180€ bonus 50 €
- Adulte (18 ans et +), Verres avec Sphère ou puissance comprise entre -6 et +6 et/ou cylindre ≤ 4	-	395 € bonus 75 €	-	395 € bonus 75 €
- Adulte (18 ans et +), Verres avec Sphère ou puissance excédant +6 ou -6 et/ou cylindre > 4 et/ou verres progressifs ou multifocaux	-	550 € bonus 110 €	-	550 € bonus 110 €
CURE THERMALE RO + Mutuelle				
Soins et honoraires de surveillance	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait annuel hébergement (hors restauration) et transport	50 €	50 €	50 €	150 €
MATERNITÉ RO + Mutuelle				
Forfait naissance si adhésion de l'enfant le 1er jour du mois de naissance	100 €	100 €	100 €	200 €
BIEN-ÊTRE (Forfait annuel par bénéficiaire) RO + Mutuelle				
Pharmacie prescrite non remboursée	50 % Frais Réels maxi 35€/an	50 % Frais Réels maxi 35€/an	50 % Frais Réels maxi 35€/an	50 % Frais Réels maxi 55€/an
GARANTIES NOUVELLES (Forfait annuel par bénéficiaire) Mutuelle				
Actes d'acupuncture, d'ostéopathie, d'oméopathie, d'étiopathie, de chiropractie, Podologue, Actes d'ostéodensitométrie, Vaccins non pris en charge par les régimes de base obligatoires (sur présentation d'ordonnance et/ou de facture acquittée) - Produits d'homéopathie et de phytothérapie (ayant fait l'objet d'une ordonnance ou selon les modalités consultables auprès de la mutuelle).	50 €/an	50 €/an	50 €/an	70 €/an

RO : Régime Obligatoire

*Limité à 30 jours en psychiatrie et 90 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour. ** Forfait journalier: tarif en vigueur défini par le ministère de la santé. ***Sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre Régime de base Obligatoire. ****Bonus optique : minimum de 12 mois civils d'adhésion au contrat et absence de consommation optique durant cette période

(1) Secteur conventionné uniquement. (2) L'adhérent peut, sur demande écrite obtenir le versement des 2 forfaits optiques Enfant prévus au tableau des garanties, au bénéfice d'un seul équipement (ce cumul de remboursement ne permettant plus, au cours de l'année civile, le versement d'un nouveau forfait au titre d'un éventuel nouvel équipement.

Les remboursements indiqués ci-dessus sont calculés en pourcentage de la base de remboursement sécurité sociale et comprennent ceux effectués par le régime obligatoire. Le remboursement des dépenses par la mutuelle ne peut en aucun cas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. Les garanties s'expriment soit en euros, soit en pourcentage. Forfaits et plafonds annuels par bénéficiaire par année civile. Les avenants de changement de niveau ne sont pas possibles en cours d'année.

Frais de télévision en chirurgie et médecine : envoyez les justificatifs à la mutuelle : 1,52 € / jour (maxi : 152,45 € par an)

ASSISTANCE : 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sur simple appel téléphonique.

En cas d'hospitalisation : aide à domicile, assistance en cas d'accident, prise en charge complémentaire ou avance des dépenses de santé engagées à l'étranger

Les garanties du contrat santé ci-dessus respectent la réglementation liée au parcours de soins. La franchise appliquée sur les actes médicaux lourds sera remboursée par la mutuelle.

ACTES DE PRÉVENTION : Ostéodensitométrie, Vaccinations : Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite tous âges.



		SPS1		SPS2		SPS3		SPS4	
Consultation d'un médecin spécialiste secteur 2 sur avis du médecin traitant	40 €	27,75 €	12,25 €	27,75 €	12,25 €	27,75 €	12,25 €	27,75 €	12,25 €
Achat d'une paire de lunettes, verres simples	250 €	97,29 €	152,71 €	250 €	0 €	97,29 €	152,71 €	250 €	0 €
Achat d'une paire de lunettes, verres progressifs	600 €	102,32 €	497,68 €	557,32 €	42,68 €	102,32 €	497,68 €	557,32 €	42,68 €
Achats de lentilles non remboursables	150 €	95 €	55 €	150 €	0 €	95 €	55 €	150 €	0 €
Pose d'une couronne dentaire	300 €	161,25 €	138,75 €	161,25 €	138,75 €	268,75 €	31,25 €	268,75 €	31,25 €
Chirurgie : opération de la cataracte avec dépassement d'honoraire de 300€	571,70 €	407,55 €	164,15 €	407,55 €	164,15 €	407,55 €	164,15 €	407,55 €	164,15 €

Votre remboursement RO+Mutuelle

Votre reste à charge

Ces calculs sont donnés à titre indicatif et peuvent varier en fonction des honoraires facturés.

Le cumul des remboursements calculés ne peut en aucun cas dépasser le montant du forfait optique prévu au contrat.

QUELQUES DÉFINITIONS POUR VOUS AIDER

Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. La chambre individuelle n'est presque jamais remboursée par l'assurance maladie obligatoire, car le patient peut demander à être hébergé en chambre commune (sauf

lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite). Son coût varie selon les établissements. Il peut être remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Dépassements d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

Régime Obligatoire (RO)

Régime d'assurance maladie, communément dénommé sécurité sociale, qui intervient obligatoirement avant la mutuelle pour rembourser une part des frais de santé.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

L'assurance maladie complémentaire couvre tout ou partie du reste à charge.

Secteur 1 / Secteur 2

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable).

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ».

Parcours de soins coordonnés

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé. Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.