

PLURIMA MUTUELLE

Hospitalisation et frais de séjour

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	ESSENTIEL	ESSENTIEL +	CONFORT	CONFORT +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
🔍 HOSPITALISATION ET FRAIS DE SÉJOUR						
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER *						
Forfait journalier illimité en chirurgie et médecine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait journalier illimité en psychiatrie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait journalier illimité en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
HONORAIRES						
Soins - Honoraires (secteur conventionné) signataire OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	100%	150%	200%	300%
Soins - Honoraires (secteur non conventionné) non-signataires OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	100%	130%	180%	200%
Soins - Honoraires (secteur non conventionné)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SÉJOUR ET AUTRES FRAIS						
Frais de séjour (secteur conventionné)	100%	100%	100%	150%	200%	300%
Frais de séjour (secteur non conventionné)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre Particulière avec hébergement en Chirurgie, Médecine et Maternité -Secteur Conventionné (durée illimitée) ⁽¹⁾	-	-	Limité à 30 € / jour	Limité à 50 € / jour	Limité à 60 € / jour	Limité à 60 € / jour
Chambre Particulière avec hébergement en Chirurgie, Médecine et Maternité -Secteur Non Conventionné (durée illimitée) ⁽¹⁾	-	Limité à 30 € / jour	Limité à 40 € / jour	Limité à 50 € / jour	Limité à 60 € / jour	Limité à 60 € / jour
Chambre Particulière sans hébergement (limitée à 10 jours/an)	-	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour	Limité à 7 € / jour
Frais d'accompagnement (Lit et repas hospitaliers) pour un enfant de moins de 16 ans en chirurgie et médecine (Maxi 20j/an)	-	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour
Frais d'accompagnement (Lit et repas hospitaliers) pour un adulte de plus de 74 ans en chirurgie et médecine (Maxi 10j/an)	-	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour	Limité à 30 € / jour
Frais de connectivité ^(1*) (maxi : 152,45 € par an)	1,52 € / jour	1,52 € / jour	1,52 € / jour	1,52 € / jour	1,52 € / jour	1,52 € / jour
Remboursements Mutuelle						
🔍 SOINS À L'ÉTRANGER ^(1**)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
🔍 MATERNITÉ						
Forfait annuel examens d'amniocentèse refusé	-	150 €	150 €	150 €	150 €	150 €
🔍 PROTECTION JURIDIQUE ⁽²⁾						
Garanties de la Protection Juridique « PJ » : - Assistance téléphonique - Gestion amiable de litiges - Prise en charge des frais de procédure judiciaire	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
🔍 CLUB AVANTAGES ⁽²⁾						
Tout comme un vrai comité d'entreprise, ce sont des centaines de bons plans et de réductions sur : - Vos loisirs - Vos envies - La culture (cinéma, spectacles, concerts etc.) - Les produits de vos artisans et commerçants locaux	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
🔍 SECOND AVIS MÉDICAL	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
🔍 ASSISTANCE À DOMICILE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
🔍 VISIBLE PATIENT ⁽²⁾	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
🔍 TCHAT MÉDICAL	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
🔍 TÉLÉCONSULTATION	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Soins médicaux du quotidien

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	ESSENTIEL	ESSENTIEL +	CONFORT	CONFORT +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
SOINS MÉDICAUX						
HONORAIRES PARAMÉDICAUX						
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Psychologue (<i>séances réalisées dans le cadre du dispositif de la Sécurité sociale "Mon Psy", auprès d'un psychologue partenaire, et après la consultation d'un médecin</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
HONORAIRES MÉDICAUX						
Consultations, visites généralistes signataires OPTAM/OPTAM-CO (<i>secteur conventionné</i>)	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Consultations, visites généralistes non-signataires OPTAM/OPTAM-CO (<i>secteur conventionné</i>)	100%	100%	100%	105%	130%	180%
Consultations, visites généralistes (<i>secteur non conventionné</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Consultations, visites spécialistes signataires OPTAM/OPTAM-CO (<i>secteur conventionné</i>)	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Consultations, visites spécialistes non-signataires OPTAM/OPTAM-CO (<i>secteur conventionné</i>)	100%	100%	100%	105%	130%	180%
Consultations, visites spécialistes (<i>secteur non conventionné</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes techniques signataires OPTAM/OPTAM-CO (<i>secteur conventionné</i>)	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Actes techniques non-signataires OPTAM/OPTAM-CO (<i>secteur conventionné</i>)	100%	100%	100%	105%	130%	180%
Actes techniques (<i>secteur non conventionné</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Radiologie signataire OPTAM/OPTAM-CO (<i>secteur conventionné</i>)	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Radiologie non-signataire OPTAM/OPTAM-CO (<i>secteur conventionné</i>)	100%	100%	100%	105%	130%	180%
Radiologie (<i>secteur non conventionné</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES						
Analyses laboratoires	100%	100%	100%	125%	150%	200%
MÉDICAMENTS						
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (<i>65%</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (<i>30%</i>)	30%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible (<i>15%</i>)	15%	100%	100%	100%	100%	100%
MATÉRIEL MÉDICAL						
Petit appareillage ^(2*)	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Grand appareillage ^(2*)	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Dispositifs médicaux à usage unique ^(2*)	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Orthopédie	100%	100%	100%	125%	150%	200%
Pansements ^(2*)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
TRANSPORT						
Transport	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AIDES AUDITIVES						
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽³⁾						
Audioprothèses Classe I - Reste à charge nul (<i>y compris accessoires</i>)	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
ÉQUIPEMENTS À PRIX LIBRE ⁽³⁾						
Audioprothèses Classe II	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Audioprothèses Classe II (<i>jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité</i>) (<i>Par oreille</i>) <i>La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction</i>	-	-	500 €	550 €	600 €	650 €
Audioprothèses Classe II (<i>par oreille</i>) (<i>21 ans et plus</i>)	-	-	300 €	350 €	450 €	450 €
Piles pour prothèses auditives	200%	200%	100%	100%	100%	100%
Forfait Annuel piles	-	-	30 €	30 €	30 €	60 €
CURE THERMALE ⁽⁴⁾						
Soins et honoraires de surveillance	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait annuel hébergement (<i>hors restauration</i>) et transport	-	300 €	300 €	300 €	300 €	300 €

Optique et Dentaire

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	ESSENTIEL	ESSENTIEL +	CONFORT	CONFORT +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
🔍 DENTAIRE (forfait annuel par bénéficiaire)						
SOINS						
Soins, actes d'imagerie et de chirurgie	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Inlays, Onlays et Overlays	100%	130%	165%	165%	165%	180%
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ ⁽⁵⁾						
Soins et prothèses dentaires remboursées par le RO - Panier 100% Santé	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
Plafond Annuel Dentaire (hors soins, actes d'imagerie, de chirurgie) par bénéficiaire - Hors panier 100% santé <i>Lorsque le plafond annuel est atteint, le montant de la prise en charge des prothèses mobiles et fixes remboursées par le RO (Hors Panier 100%) santé est limité à 100% du TRSS.</i>						
Années 1 et 2	-	750 €	1 000 €	1 250 €	1 500 €	1 750 €
Années 3 et suivantes	-	1 000 €	1 250 €	1 500 €	1 750 €	2 000 €
PROTHÈSES HORS PANIER 100% SANTÉ ^(5*)						
Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires	100%	140%	210%	260%	330%	400%
Inlays-Core	100%	140%	180%	180%	180%	200%
Prothèses non remboursables	-	20 € par prothèse limité à 2 participations par an	40 € par prothèse limité à 2 participations par an	50 € par prothèse limité à 2 participations par an	65 € par prothèse limité à 2 participations par an	70 € par prothèse limité à 2 participations par an
IMPLANTOLOGIE ET PARODONTOLOGIE NON REMBOURSÉES PAR LE RO						
Plafond annuel implants, éléments intermédiaires et maladies parodontales	-	75 €	150 €	200 €	250 €	300 €
Forfait implants et/ou élément intermédiaires dans la limite du plafond annuel implants / éléments intermédiaires et maladies parodontales	-	75 € par implant et/ou élément intermédiaire	150 € par implant et/ou élément intermédiaire	200 € par implant et/ou élément intermédiaire	250 € par implant et/ou élément intermédiaire	300 € par implant et/ou élément intermédiaire
Forfait maladies parodontales dans la limite du plafond annuel implants / éléments intermédiaires et maladies parodontales	-	75 € par acte	100 € par acte	100 € par acte	100 € par acte	100 € par acte
ORTHODONTIE						
Orthodontie remboursée par le RO	100%	150%	200%	250%	300%	300%
Forfait par année civile Orthodontie non remboursée par RO ^(5**)	-	150 €	200 €	250 €	300 €	300 €
🔍 OPTIQUE						
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁶⁾						
Équipements de Classe A Reste à charge nul (y compris suppléments optiques médicaux)	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés	Frais engagés
ÉQUIPEMENTS ET FRAIS D'OPTIQUE À PRIX LIBRE ⁽⁶⁾						
Équipements de Classe B						
Base de remboursement RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait enfant (moins de 16 ans) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par an						
(a) Monture + Verres simples (2 verres)	-	100 €	125 €	150 €	200 €	250 €
(c) Monture + Verres complexes ou verres très complexes (2 verres)	-	200 €	225 €	250 €	300 €	350 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou 1 verre très complexe (c)	-	125 €	175 €	200 €	250 €	300 €
Forfait adulte (16 ans et plus) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans						
(a) Monture + Verres simples (2 verres)	-	105 €	150 €	190 €	270 €	340 €
(c) Monture + Verres complexes ou verres très complexes (2 verres)	-	220 €	270 €	320 €	460 €	500 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou 1 verre très complexe (c)	-	125 €	185 €	245 €	335 €	410 €
Forfait annuel lentilles remboursées ou non ^{***}	-	25 €	50 €	65 €	75 €	100 €
Forfait annuel chirurgie de l'œil, laser, kératotomie non remboursée par le RO (par œil)	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €

Prime Naissance

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	ESSENTIEL	ESSENTIEL +	CONFORT	CONFORT +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
🔍 PRIME DE NAISSANCE ^{**}						
Forfait annuel	-	75 €	125 €	150 €	175 €	200 €

Aide Obsèques

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	ESSENTIEL	ESSENTIEL +	CONFORT	CONFORT +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
🔍 AIDE OBSÈQUES						
Forfait annuel	-	150 €	250 €	500 €	1 000 €	1 500 €

Forfait décès accident

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	ESSENTIEL	ESSENTIEL +	CONFORT	CONFORT +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
FORFAIT DÉCÈS ACCIDENT ⁽²⁾						
Individuelle Décès Accident	250 €	750 €	1 000 €	1 250 €	1 500 €	1 750 €

Forfait perte d'autonomie

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	ESSENTIEL	ESSENTIEL +	CONFORT	CONFORT +	SÉRÉNITÉ	SÉRÉNITÉ +
FORFAIT PERTE D'AUTONOMIE ⁽²⁾						
Autonomie Santé : - Capital en cas de Dépendance Totale	250 €	750 €	1 000 €	1 250 €	1 500 €	1 750 €

Indemnités coups durs

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	ESSENTIEL
INDEMNITÉS COUPS DURS ⁽²⁾	
Indemnités « Coups Durs » en cas de : - Perte d'emploi - Arrêt de travail - Hospitalisation suite à accident - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Prise en charge d'un montant équivalent de trois mensualités, dans la limite de 300 € par adhésion, avec un maximum de 1 sinistre par année d'assurance (toutes garanties confondues) et de 1 sinistre par événement déclencheur.

Prévention et Bien-être

Remboursements Mutuelle

	ESSENTIEL	ESSENTIEL +
PREVENTION ET BIEN-ÊTRE (forfait annuel par bénéficiaire)		
Plafond global par année civile pour l'ensemble des postes ci-dessous :	-	150 €
Vaccins non remboursés et antigrippe (prescrits ou non)	-	50 € / an
Contraceptifs non remboursés (prescrits ou non)	-	50 € / an
Pédicure, podologue	-	30 € / an
Actes d'ostéopathie (maxi 2 séances / an)	-	Maxi 50 € / séance
Actes d'acupuncture, d'étiopathie, de chiropractie, de psychothérapie, de sophrologie, de psychomotricité, d'hypnose, de shiatsu, d'aromathérapie, de nutritionniste, de sexothérapeute/sexologue, de phytothérapie, d'oligothérapie, de nutrithérapie, de coach Sportif, de coach en développement personnel, de naturopathie, d'art-thérapie de musicothérapie, de drainage lymphatique, d'olfactothérapie, de thérapie de couple (toutes ces thérapies sont limitées à 4 séances par an)	-	Maxi 15 € / séance
Analyses non remboursées, dépistage non remboursé : cancer du col de l'utérus, infections urinaires, cancer du côlon, polyarthrite rhumatoïde, ostéoporose, bilan allergique, ostéodensitométrie osseuse	-	50 € / an
Médicaments prescrits ou non et non remboursés par le RO y compris médicaments homéopathiques, huiles essentielles, compléments alimentaires, probiotiques, huiles et produits détox, huiles de CBD, gélules CBD ⁽⁷⁾	-	50 € / an

CE QU'IL FAUT SAVOIR

RO : Régime Obligatoire

OPTAM/OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgie Obstétrique)

* Forfait journalier : tarif en vigueur défini par le Ministère de la Santé.

** La prime de naissance ou d'adoption est versée pour chaque enfant né viable ou adopté, à condition que l'enfant soit affilié dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption de l'enfant. Dans ce cas, l'affiliation prend effet rétroactivement à la date de naissance ou d'adoption. Le versement du forfait sera déclenché sur présentation des justificatifs nécessaires dans un délai de 3 mois suivant la naissance ou l'adoption (copie de la demande de versement de la prime de naissance, original ou copie de naissance de l'enfant né, précisant sa filiation et en cas d'Adoption plénière, l'extrait du jugement déclaratif d'adoption).

*** Sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre Régime Obligatoire.

(1) Chambre particulière avec hébergement limitée à 30 jours / an en rééducation fonctionnelle, maison de repos, psychiatrie. Exclue en maison de convalescence, moyen séjour.

(1*) Forfait Connectivité : la mutuelle vous propose la prise en charge d'un Forfait Connectivité qui correspond au frais d'abonnement pour l'accès à un téléviseur, à un téléphone fixe ou encore à Internet dans votre chambre lors de votre hospitalisation et facturé par l'établissement de soins. Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

(1**) SOINS À L'ÉTRANGER :

La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, en Corse, ainsi que dans les DROM.

Cas des sinistres survenus à l'étranger

La garantie du contrat s'étend aux maladies et accidents survenus à l'étranger si les deux conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- si les soins ont été prodigués au cours d'un séjour temporaire de moins de 3 mois hors de la France métropolitaine, de la Corse et des DROM ;
- et, si les soins ont fait l'objet d'une prise en charge par un Régime obligatoire de Sécurité sociale français, ou par un Régime obligatoire relevant de la Carte européenne dans la zone Union Européenne, Espace Économique Européen, ou en Suisse.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle prend en charge les dépenses exposées :

- à hauteur du ticket modérateur, sur la base du décompte de la Caisse de Régime obligatoire de Sécurité sociale française, ou de celui du pays dans lequel les soins ont été réalisés ;
- sur présentation de tout justificatif utile au versement de la prise en charge tels que copies du formulaire s3125 de déclaration de soins reçus à l'étranger (destiné au régime de base obligatoire), des ordonnances, de factures diverses acquittées, frais de transport, etc... (liste non exhaustive), ou de toute autre pièce complémentaire demandée par la Mutuelle. La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle intervient dans les limites suivantes :

- S'agissant des frais d'hospitalisation à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale française, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera une indemnité de 100 € (cent euros) par journée d'hospitalisation, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1500 € (mille-cinq-cents euros).
- S'agissant de frais dentaires à l'étranger :
 - Si les frais dentaires ont été engagés dans l'un des pays frontaliers suivants (Allemagne, Belgique, Luxembourg, Italie, Espagne), et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, le remboursement de la Mutuelle s'effectuera conformément aux garanties souscrites telles que figurant dans le tableau contractuel des garanties, et ce, toujours dans la limite des frais engagés (application des limites de garanties et des plafonds annuels, le cas échéant).

- Si les frais dentaires ont été engagés dans un pays non cité précédemment, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle Assureur, cette dernière versera un forfait de 200 € (deux-cents euros) par prothèse et/ou implant, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1 000 € (mille euros).
- S'agissant de frais optiques à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 € (cent euros) par équipement ou 50 € (cinquante euros) par paire de lentilles, dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.
- S'agissant de frais d'audioprothèse à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 € (cent euros) par prothèse (oreille), dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.

La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

(2) Les prestations sont versées par année civile et par bénéficiaire.

(2*) Petit Appareillage :

- Orthèses et prothèses externes

Grand appareillage :

- Les véhicules pour personnes en situation de handicap en location de courte durée (maximum 6 mois) sont pris en charge intégralement sans reste à charge (RAC) pour l'assuré à compter du 01/12/2025 dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins et tels que défini réglementairement.
- Les véhicules pour personnes en situation de handicap, neufs ou en location de longue durée sont remboursés intégralement par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à compter du 01/12/2025.
- Prothèses externes non orthopédiques.
- Prothèses oculaires et faciales.
- Podo-orthèses.
- Orthoprothèses.

Dispositifs médicaux à usage individuel :

- Dispositifs médicaux pour le traitement des maladies respiratoires.
- Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile.
- Dispositifs médicaux pour auto-traitement ou autocontrôle.
- Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil uro-génital.
- Produits pour nutrition et matériels d'administration.
- Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur.
- Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers.
- Lits et matériels pour lits.
- Dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie.
- Les prothèses capillaires appartenant à la classe I sont prises en charge intégralement par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à compter du 01/01/2026.
- Les prothèses capillaires appartenant à la classe II sont prises en charge intégralement à compter du 01/01/2026 dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins et tels que défini réglementairement.
- Les prothèses capillaires appartenant à la classe III, IV sont remboursées à hauteur du remboursement indiqué dans le tableau de garantie.
- La prise en charge financière d'une prothèse capillaire s'accompagne de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue.

Pansements :

- Articles pour pansements et matériels de contention.

(3) Tels que définis réglementairement et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins et dans la limite du plafond du contrat responsable.

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive peut être fait à l'échéance d'une période de 4 ans suivant la précédente délivrance. Pour le renouvellement, le remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé est soumis à certaines conditions :

- L'appareil auditif actuel n'est plus adapté ou fonctionnel ;
- Le délai de garantie de 4 ans de l'appareil est passé ;
- Vous bénéficiez d'une prescription médicale.

Pour renouveler la prise en charge de vos appareils auditifs, une prescription médicale établie par un oto-rhino-laryngologiste (ORL) est nécessaire.

Attention : les prothèses auditives sont prises en charge par l'Assurance maladie à condition qu'elles appartiennent à une catégorie inscrite sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursés.

Votre mutuelle conditionne le remboursement de toute prestation d'audioprothèse à la réception des pièces suivantes :

- La copie de l'ordonnance de prescription des audioprothèses par l'ORL,
- La copie du tracé et du compte-rendu du dernier audiogramme réalisés,
- La copie des 2 devis que l'audioprothésiste vous a transmis, l'un des devis doit obligatoirement concerner une aide auditive de classe 1 (offre 100% Santé),
- Tout document jugé nécessaire par la mutuelle pour l'instruction de votre dossier.

Désormais, les aides auditives sont réparties en deux catégories :

- Les aides auditives de classe 1 (offre 100% Santé) : elles permettent aux assurés de prétendre à une offre exonérée de reste à charge.
- Les aides auditives de classe 2 (en dehors du 100% Santé) : ce sont des dispositifs médicaux à prix libres. Ils ne permettent pas de garantir une absence de reste à charge.

Les prestations de suivi qui sont attachées à ces aides auditives sont comprises dans le prix d'achat de l'équipement.

(4) Le remboursement des frais de cure se limite aux frais d'hébergement et de transport dans la limite du tarif fixé par la Sécurité sociale.

(5) Tels que définis réglementairement et dans la limite du prix de facturation fixé par les textes officiels à la date des soins.

(5*)

Au sujet des garanties dentaires, les remboursements des actes concernés par un dépassement d'honoraires et/ou non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (tels que implants et parodontologie) sont conditionnés par :

- un accord d'entente préalable du Service de Conseil dentaire de la Mutuelle,
- la fourniture éventuelle d'éléments complémentaires (radios pré, per et post-opératoires, bilan parodontal, déclaration de conformité...).

Ces pièces, parties intégrantes de votre dossier médical, peuvent vous être demandées par notre chirurgien-dentiste consultant, garant du secret médical, selon la nature du plan de traitement établi par votre praticien traitant.

(5**)

Le remboursement de la mutuelle intervient à période échue, c'est-à-dire à la date de fin du traitement ou de la contention, sur la base de cette date, sans calcul de prorata. L'intervention se limite au bilan, au traitement actif et à la contention, hors pertes éventuelles et/ou réparations.

Le bilan n'est remboursable que si le traitement orthodontique est réalisé.

(6) Tels que définis réglementairement.

Conditions de renouvellement d'un équipement optique :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 3 décembre 2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelés ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements correctifs chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Remboursement d'un verre neutre : le remboursement d'un verre neutre (sans correction) hors du panier 100% Santé (classe B) se fera à hauteur du remboursement du verre simple.

Définition des types de verres : (au sens de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale) :

- **Verres simples :** verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
- **Verres complexes :** verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- **Verres très complexes :** verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(7) La mutuelle se réserve le droit de refuser tout remboursement d'un produit et /ou dispositif n'étant pas destiné, par son fabricant, à être utilisé à des fins de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie, pathologie ou blessure. Le Code de la Santé publique (article L.5111-1) définit le médicament comme: « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. »

Le médicament obéit à une réglementation contraignante et s'inscrit dans un circuit de fabrication et de mise à disposition des professionnels et des patients très encadré et strictement surveillé.

Le médicament contient :

- un principe actif, substance d'origine chimique ou naturelle caractérisée par un mécanisme d'action curatif ou préventif précis dans l'organisme,
- des excipients, substances d'origine chimique ou naturelle qui facilitent l'utilisation du médicament, mais ne présentent pas d'effet curatif ou préventif.

- Les remboursements indiqués ci-dessus sont calculés en pourcentage de la base du remboursement Sécurité Sociale (BRSS) 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.
- Les forfaits sont annuels (année civile) et sont exprimés par bénéficiaire du contrat.
- Les avenants de changement de Niveau ne sont pas possibles en cours d'année.
- Les garanties du contrat santé ci-dessus respectent l'ensemble des règles des contrats solidaires et responsables.
- Il bénéficie du Tiers Payant généralisé, à hauteur du tarif de responsabilité, pour les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables.
- En cas de refus d'un médicament générique ou de non-respect du parcours des soins coordonnés, le Tiers Payant est facultatif.
- Il respecte la réglementation liée au parcours de soins.

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

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

Vous pouvez retrouver l'ensemble de vos contrats et la possibilité de souscription de nouvelles garanties depuis votre espace adhérent
<https://mawebmutuelle.fr/>