

GROUPE FRANE - 2022

FRANE 150

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	150%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	130%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	130%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	150%
Analyses et examens de laboratoire	60%	150%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	150%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	130%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	150%
Chambre particulière avec nuitée	-	50 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (2)	-	5 € / jour
Optique		
Equipements 100% santé (3)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (3)		
- Verres simples+monture	60%	150€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	180€ dont 100 € max monture
- Verres complexes ou très complexes	60%	200€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables) (4)	60%	100% + 100 €
Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables)	-	100 € / an
Autres prestations optiques 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (5)	60%	100%
Chirurgie réfractive (4)	-	100 € / oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (5)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay) (5)	70%	150%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (5)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	70%	200%
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	100%
Forfait global orthodontie non PEC RO, prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO, soins non PEC RO et implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire non PEC RO	-	100 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (7)	60%	150% + 100 €
Cures thermales (8)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	150%
Prévention		
Bien-être		
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue (9)	-	90 € / an
- Sevrage tabagique prescrits - Substituts nicotiques/ Sevrage tabagique prescrits, Vaccins prescrits, Traitement préventif paludisme prescrit, Diététicien, Homéopathie et pharmacie prescrits, Appareillage médical prescrit, Fournitures et entretien appareillage auditif, Fournitures incontinence, Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie, Forfait d'accompagnement à l'hôpital du bénéficiaire de plus de 60 ans, Frais de déplacement et d'hébergement en cure thermique, Psychologue libéral	-	-

GRUPE FRANE - 2022 (Suite)

FRANE 150

Régime
obligatoire (RO)

Régime obligatoire + Mutualia

Assistance et services	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Allocation Obsèques	-	-
Réseau de soins optique	-	Oui

GROUPE FRANE - 2022 (Suite)

FRANE 150

BR : Base de remboursement; RO : Régime Obligatoire; TM : Ticket Modérateur; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique; HAM : Hors Alsace-Moselle; AM : Alsace-Moselle; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale; SMR : Service Médical Rendu; PEC : Pris en charge; RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

- (1) Prévus à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
- (2) La prise en charge est limitée à 60 jours par an, sur présentation de justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes dans la limite des frais engagés.
- (3) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.
- (4) par an.
- (5) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.
- (6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.
- (7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille. Le forfait de la garantie est annuel et concerne les 2 oreilles.
- (8) Uniquement si prise en charge par le RO.
- (9) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué (30€/séance - soit 3/an). Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADEL, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Étioopathes inscrits au Registre National des Étioopathes et membres de l'Institut Français d'étiopathie.

GRUPE FRANE - 2022

FRANE 300

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	300%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	300%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	200%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	300%
Analyses et examens de laboratoire	60%	300%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	300%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	300%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	300%
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	100 € / jour
Forfait confort à l'hôpital : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire (3)	-	10 € / jour
Optique		
Equipements 100% santé (4)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (4)		
- Verres simples+monture	60%	380€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	420€ dont 100 € max monture
- Verres complexes ou très complexes	60%	500€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables) (5)	60%	100% + 350 €
Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables)	-	350 € / an
Autres prestations optiques 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (6)	60%	100%
Chirurgie réfractive (5)	-	200 € / oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (6)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay) (6)	70%	300%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (6)		
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core) (7)	70%	400%
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	100%
Forfait global orthodontie non PEC RO, prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO, soins non PEC RO et implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire non PEC RO	-	200 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors dispositif 100% santé) (8)	-	3000 € / an
Aides auditives		
Equipements 100% santé (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (9)	60%	250% / oreille
Cures thermales (10)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO (10)	65% à 70%	300%
Prévention		
Tous		
Bien-être		
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue (11)	-	120 € / an
- Sevrage tabagique prescrits - Substituts nicotiques/ Sevrage tabagique prescrits, Vaccins prescrits, Traitement préventif paludisme prescrit, Diététicien, Homéopathie et pharmacie prescrites, Appareillage médical prescrit, Fournitures et entretien appareillage auditif, Fournitures incontinence, Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie, Forfait d'accompagnement à l'hôpital du bénéficiaire de plus de 60 ans, Frais de déplacement et d'hébergement en cure thermale, Psychologue libéral	-	-

GRUPE FRANE - 2022 (Suite)

FRANE 300

Régime
obligatoire (RO)

Régime obligatoire + Mutualia

Assistance et services	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Allocation Obsèques	-	-
Réseau de soins optique	-	Oui

GROUPE FRANE - 2022 (Suite)

FRANE 300

BR : Base de remboursement; RO : Régime Obligatoire; TM : Ticket Modérateur; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique; HAM : Hors Alsace-Moselle; AM : Alsace-Moselle; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale; SMR : Service Médical Rendu; PEC : Pris en charge; RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

(1) Prévus à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Limité à 30 jours /an

(3) La prise en charge est limitée à 60 jours par an, sur présentation de justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes dans la limite des frais engagés.

(4) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(5) par an.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(7) Remboursement plafonné à 1500€/an. Au delà, le remboursement est de 125%.

(8) Plafond applicable sur l'ensemble des prestations dentaires. Une fois le plafond atteint par le bénéficiaire au cours de l'année civile, les remboursements par la Mutuelle seront limités à 125% de la BR sur les prothèses et l'orthodontie remboursées par le RO. Concernant les soins, les remboursements seront limités à 100%.

(9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(10) Uniquement si prise en charge par le RO.

(11) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué (30€/séance - soit 4/an). Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Étioopathes inscrits au Registre National des Étioopathes et membres de l'Institut Français d'étiopathie.

GROUPE FRANE - 2022

FORFAIT OBSEQUES

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Assistance et services		
Allocation Obsèques	-	100% PMSS

GRUPE FRANE - 2022 (Suite)

FORFAIT OBSEQUES

GROUPE FRANE - 2022

FRANE FORFAIT BIEN ETRE

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

Régime
obligatoire (RO)

Régime obligatoire + Mutualia

Bien-être	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
- Sevrage tabagique prescrits - Substituts nicotiques/ Sevrage tabagique prescrits, Vaccins prescrits, Traitement préventif paludisme prescrit, Diététicien, Homéopathie et pharmacie prescrites, Appareillage médical prescrit, Fournitures et entretien appareillage auditif, Fournitures incontinence, Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie, Forfait d'accompagnement à l'hôpital du bénéficiaire de plus de 60 ans, Frais de déplacement et d'hébergement en cure thermale, Psychologue libéral (1)	-	175 € / an

GROUPE FRANE - 2022 (Suite)

FRANE FORFAIT BIEN ETRE

(1) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO, par bénéficiaire à utiliser librement sur les différents actes. Le remboursement est conditionné par la présence d'une prescription. Substituts nicotiniques valables pour les produits suivants : gums, patchs, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux. Pharmacie non pec RO : Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.

ANNEXE – CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

Cette annexe précise ou complète les informations présentes au tableau de garanties. .

Soins courants

- **Dépassement d'honoraires**

La Mutuelle prend en charge les dépassements d'honoraires sous réserve que ces derniers soient prévus dans le tableau des garanties et facturés sur la feuille de soins à l'exclusion des actes hors nomenclature (HN)

- **Substituts nicotiniques**

Quelle que soit la formule choisie, la Mutuelle rembourse les substituts nicotiniques pris en charge par le RO.

Les substituts nicotiniques permettant un remboursement de la part de la Mutuelle sont les patches, gommes et pastilles. **Les cigarettes électroniques ne sont pas remboursées par la Mutuelle.**

En cas de souscription d'un forfait bien-être et prévention, la Mutuelle peut intervenir pour rembourser les substituts nicotiniques non pris en charge par le RO. **La Mutuelle intervient uniquement sur prescription et sur présentation de justificatifs de paiements.**

Hospitalisation

En cas de séjour à l'étranger, les taux et bases de remboursement appliqués par la Mutuelle sont identiques à ceux pratiqués en France, par l'Assurance Maladie Obligatoire française. La Mutuelle intervient sur présentation de justificatifs et uniquement dans les cas où l'Assurance Maladie Obligatoire française intervient et ce, dans le respect des « contrats responsables. Le règlement des prestations est effectué en France Métropolitaine et en euros.

- **Frais de séjour**

La Mutuelle prend en charge la totalité du ticket modérateur relatif aux frais de séjours dans un établissement de santé public et privé conventionné par le RO. La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur relatif aux frais de séjour dans un établissement de santé privé non conventionné sur la base du tarif d'autorité appliqué à ce type d'établissement. Selon la garantie souscrite, les frais de séjour dans un établissement de santé conventionné ou non peuvent être pris en charge par la Mutuelle pour un montant supérieur au ticket modérateur.

- **Frais de soins**

La Mutuelle intervient sur présentation de justificatifs et uniquement dans les cas où l'Assurance Maladie Obligatoire française intervient et ce, dans le respect des « contrats responsables.

Les soins dispensés dans établissements de santé non conventionnés avec l'Assurance Maladie Française feront l'objet d'une prise en charge sur la base et taux d'un remboursement appliqués par le régime obligatoire français pour les établissements non conventionnés.

En cas de séjour dans les établissements non conventionnés par l'Assurance maladie, en France comme à l'étranger, le remboursement est limité à 200% de la Base de remboursement reconstituée, frais de séjour compris. Cette limite est fixée règlementairement par l'absence d'Option Pratique Tarifaire maîtrisée (Non OPTAM) dans ce type d'établissement.

- **Chambre particulière avec nuitée**

Si le tableau des garanties le prévoit, la Mutuelle verse au Membre Participant un montant forfaitaire par journée d'hébergement dans la limite du nombre de jour prévu au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire.**

La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés.

- **Chambre particulière en ambulatoire**

Si le tableau des garanties le prévoit la Mutuelle verse au Membre Participant un montant forfaitaire par journée d'hébergement dans la limite du nombre de jour prévu au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire.**

La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés.

- **Forfait d'accompagnement de l'enfant ou l'adulte**

Si le contrat le prévoit, en cas d'hospitalisation d'un enfant ou de l'adulte dont l'âge est visé au tableau des garanties, la mutuelle verse un forfait pour le paiement des dépenses d'hébergement (frais de nuitée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement conventionné avec l'hôpital et frais de repas), dans la limite du nombre de jour prévu au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire. La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés**

- **Forfait confort à l'hôpital**

Si le contrat le prévoit et comme visé au tableau des garanties, les frais pris en charge dans le cadre du forfait confort à l'hôpital sont les suivantes : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire

Il est limité au nombre de jour prévu au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire**, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

- **Prime de naissance ou d'adoption**

Si le contrat le prévoit, en cas de naissance, une prime de naissance est versée par la Mutuelle, à condition que l'enfant soit affilié au contrat. Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat dans les 3 mois suivant la naissance au travers d'un bulletin d'adhésion, pour une prise d'effet des garanties au jour de sa date de naissance. A défaut, et en cas de demande de rattachement postérieurement au délai susvisé, la prise d'effet des garanties sera opérée au 1er jour du mois suivant la demande.

Le plafond est doublé en cas de naissances ou adoptions multiples. Le versement de la prime se fait sur demande du Membre Participant.

Optique

- **Forfait équipements optiques « 100% santé » et « panier libre »**

- a. **Définition**

La garantie « équipement optique » proposée par la Mutuelle, vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition d'équipements d'optique médicale, en complément du remboursement RO.

Par « équipement d'optique médicale », il convient d'entendre un équipement composé de **deux verres et d'une monture**.

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le cadre du forfait « équipement optique », sont définies en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables, dans les conditions présentées ci-après.

Le montant total de la prise en charge des équipements optiques prévu par la Mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe du présent document. **Il inclut la part de remboursement du régime obligatoire et du ticket modérateur. Ainsi, en cas d'utilisation du forfait dans sa globalité, le ticket modérateur ne peut faire l'objet d'un remboursement.**

Dans le cadre de la réforme 100% santé, le forfait équipement optique est distingué en deux classes :

- les équipements 100% santé, de classe A, dont les tarifs sont plafonnés. Ils couvrent tous les besoins de correction visuelle et respectant les critères de performance technique et de qualité (traitement antireflets obligatoires, amincissement des verres en fonction du trouble, anti-rayures, anti-UV) ;
- les équipements à tarifs libres, de classe B, sans plafonnement tarifaire.

b. Montants des remboursements

Les équipements 100% santé **sont obligatoirement et intégralement pris en charge par la Mutuelle, à hauteur des frais exposés par l'assuré en plus du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente.**

Les montants de prise en charge des équipements à tarifs libres, dépendent de la formule choisie et du type d'anomalie de la vision.

Le montant du forfait lunette comprend en outre une limite propre au remboursement de la monture. Selon la réglementation en vigueur, le montant de remboursement de la monture ne peut excéder 100€.

Les forfaits équipements appartenant au panier libre sont ainsi distingués entre équipements à verres simples, complexes ou mixtes de la manière présentée dans le tableau ci-dessous. **Ils respectent, en tout état de cause, les planchers et plafonds fixés par la réglementation, en fonction de la nature des verres composant l'équipement.**

Catégorie	Verres composant l'équipement
Verres simples	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres simples, corrigeant un défaut spécifique tel que la myopie légère, l'astigmatisme léger (corrige un défaut de loin ou de près).</p> <p>Les verres compris dans la catégorie à verres simples sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 - verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $< \text{ou} = +4,00$ • dont la sphère est positive et dont la somme S^* est inférieure à 6,00
Verres complexes ou très complexes	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres complexes ou très complexes composés de 2 ou 3 foyers corrigeant chacun un défaut visuel spécifique, permettant une amélioration de la vision que ce soit de près ou de loin. On retrouve dans cette catégorie les verres progressifs qui corrigent notamment la presbytie.</p> <p>Les verres compris dans la catégorie à verres complexe sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 - Verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> o dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $> +4,00$ o dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est $> \text{ou} = +0,25$ o dont la sphère est positive et dont la somme S^* est supérieure à 6,00 - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et +8,00 - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme $S^* < \text{ou} = \text{à} +8,00$ <p>Verres multifocaux et progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries - dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $> +8,00$
Verres mixtes	<p>L'équipement est composé d'une monture et soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un verre simple et d'un verre complexe ; - d'un verre simple et d'un verre très complexe - d'un verre complexe et d'un verre très complexe <p>Les catégories de verres composant ces équipements sont définies en 1, 2 et 3 du présent tableau.</p> <p>Chaque verre corrigeant un défaut spécifique à l'œil correspondant.</p>

c. Articulation entre le panier 100% santé et le panier libre

Les bénéficiaires ont la possibilité de mixer entre les deux paniers, en souscrivant une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement.

Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement libre (de classe B), dans la limite des prix limites de vente. Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optiques, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.

d. Périodicité de renouvellement

La prise en charge au titre du forfait « équipement optique » est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture par période de deux ans.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et ne, pouvant pas ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait équipements optiques peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux des déficits mentionnés ci-dessous.

Le reliquat du forfait non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

Par dérogation, cette période est réduite à :

- **un an (12 mois) après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres), pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;**
- **six mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres), pour les enfants de moins de 7 ans, 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 à l'alinéa précédent s'applique.**
- **un an (12 mois) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires.**

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières : *une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux ; une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique*) précisées par la liste fixée par arrêté et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois ou 6 mois, tels que présenté ci-dessus) s'apprécie à la date d'acquisition de de l'équipement ou d'un élément de l'équipement optique (verre ou monture). Il s'agit d'une période fixe, qui ne peut être ni réduite, ni allongée.

Il ne peut en aucun cas y avoir de report de remboursement d'une période sur une période suivante.

Lorsque le Bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date **d'acquisition du premier élément de l'équipement optique** (verre ou monture) et s'achève deux ans après (1 an ou 6 mois après, dans certains cas exceptionnels, tel que présenté ci-dessus).

Une adhésion à une formule optionnelle ou un changement de formule ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- **Si le bénéficiaire n'a pas entamé sa prestation équipement optique avant ce changement de formule**, il bénéficiera des montants nouvellement souscrits à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule. La période de deux ans commencera dès l'acquisition de tout ou partie de son équipement ;
- **Si le bénéficiaire a utilisé sa prestation équipement optique pour l'achat d'un équipement complet (verres + montures)**, il devra attendre la fin de sa période de deux ans qui a commencé **après la date d'acquisition du premier élément de l'équipement**, pour bénéficier des montants nouvellement souscrits, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet ;
- **Si le bénéficiaire a entamé sa prestation équipement optique pour l'achat d'un équipement (verres ou monture)**, la date de fin de sa période de deux ans reste inchangée. Que le changement de garantie soit à la hausse ou à la baisse, **il bénéficiera des montants de remboursements nouvellement souscrits à compter de leur date d'effet pour les seuls éléments de son équipement (verres ou monture) n'ayant pas déjà fait l'objet d'un remboursement.**

Exemple : le contrat du Membre Participant prévoit un plafond de garantie de 100 euros pour la monture et 190 euros par verre (selon grille) et la période de 2 ans est fixée à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Le Membre Participant acquiert le 28 septembre 2019 deux verres foyer (simple foyer, 4 dioptries par exemple) pour un total de 300 euros. En janvier 2020, il souhaite acquérir une monture pour compléter son équipement optique. La monture pourra être couverte dans la limite de 100 euros. La prise en charge du renouvellement de son équipement (verres et monture) pourra s'effectuer à compter du 29 septembre 2021.

- **Lentilles prises en charge ou non par le RO**

Le montant du forfait varie en fonction de la garantie souscrite. La période d'utilisation du forfait est d'une année civile. Au cours de cette période, le bénéficiaire a droit à un ou plusieurs remboursement(s) à hauteur du forfait global.

Au-delà du forfait, la Mutuelle continue de prendre en charge les lentilles remboursées par le RO à hauteur du ticket modérateur.

- **Autres prestations optiques**

Outre les prestations « équipement optique médicale », lentilles, et chirurgie réfractive de l'œil si le tableau des garanties le prévoit, la garantie accordée par la Mutuelle prend en charge **les prestations d'adaptation de la correction, les verres neutres, la prestation d'appairage et les prismes.**

Comme pour les équipements optiques, ces prestations sont classées en deux paniers :

- Panier 100% santé : concerne la prestation **d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien, l'appairage, les verres avec filtre** ;
- Panier à tarifs libres : concerne la prestation **d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien, l'appairage**, les verres avec filtre, les prismes, le système antiptosis, les verres iséconiques.

Les suppléments et autres prestations optiques appartenant au panier 100% santé **sont pris en charge par la Mutuelle à hauteur des frais exposés par l'assuré, en sus du tarif de responsabilité dans la limite des prix limites de vente.**

Les prestations classées en panier libre sont prises en charge à hauteur du ticket modérateur, tel que présenté dans le tableau de garanties

Dentaire

- **Soins et prothèses dentaires**

Deux catégories de soins et prothèses dentaires sont prévues par la garantie :

- **Soins et prothèses appartenant au panier 100% santé** : les actes sont à entente directe limitée (*ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation et sont remboursés intégralement par les contrats responsables*). Le panier 100% Santé s'appliquera aux couronnes céramo-métalliques et bridge pour les dents du sourire, aux couronnes métalliques pour toutes les dents, et aux appareils amovibles en résine
- **Soins et prothèses n'appartenant pas au panier 100% santé** : concerne les soins et prothèses :
 - **à reste à charge maîtrisé** : les actes sont à entente directe limitée (ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation), cependant ils peuvent présenter un reste à charge pour l'adhérent. Il s'appliquera sur les couronnes céramo-métalliques pour les dents intermédiaires, les bridges pour les dents postérieures, les appareils amovibles en stellite ;
 - **à panier libre** : les actes sont sans plafonnement et l'adhérent peut choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués.

Les actes et prestations, proposés par le biais de chaque panier, diffèrent selon la nature des matériaux, le type de prothèse et la localisation de la dent.

Dans le cadre du contrat responsable, les garanties relevant du :

- Panier 100% santé sont pris en charge obligatoirement et sont remboursés intégralement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la Mutuelle, à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'adhérent en plus des tarifs de responsabilités dans la limite des honoraires de facturation ou du prix limites de vente et sont sans reste à charge ;
- Panier hors 100% santé (à « reste à charge maîtrisé » ou « libre »), les remboursements de la Mutuelle varient en fonction de la formule choisie, tel que présenté dans le tableau de garanties figurant en annexe du présent document.
- **Autres prestations dentaires**

Pour l'Orthodontie non PEC RO, les IPP (Implantologie, Parodontologie, Prophylaxie bucco-dentaire), les prothèses non prises en charge par le Régime Obligatoire, ou tout autre prestation prévue au tableau des garanties, et figurant à la nomenclature RO ainsi que les soins non PEC RO une garantie forfaitaire utilisable par année civile est prévue ou non selon la formule choisie.

Ce forfait rembourse uniquement les prestations médicalement prescrites et non prises en charge par le Régime Obligatoire. En outre, ces prestations doivent être inscrites à la nouvelle classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire à l'exception des actes d'orthodontie qui restent inscrits à l'ancienne nomenclature des actes techniques dentaires.

Aides auditives

- Equipements « panier 100% santé » et « panier libre »

a. Définition des modalités de prise en charge

La garantie « aides auditives » accordée par la Mutuelle, vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition de prothèses auditives.

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le cadre du forfait « équipement audioprothèse », sont définies en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables, dans les conditions présentées ci-après.

Le montant total de la prise en charge des équipements auditifs prévu par la Mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe du présent document. Il est exprimé par oreille et par bénéficiaire et inclut la part de remboursement de l'assurance maladie et du ticket modérateur, sans pouvoir excéder 1 700€.

Dans le cadre de la réforme 100% santé, le forfait équipement « audioprothèses » est distingué en deux classes :

- Les équipements 100% santé, de classe I, à tarifs plafonnés ;
- Les équipements à tarifs libre, de classe II.

b. Renouvellement

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de **4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Le délai de 4 ans court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.**

L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le reliquat du forfait non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

Une adhésion à une formule optionnelle ou un changement de formule ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- **Si le bénéficiaire n'a pas entamé sa prestation équipement audioprothèses avant ce changement de formule, il bénéficiera des montants nouvellement souscrits à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule. La période de quatre ans commencera dès l'acquisition de tout ou partie de son équipement ;**
- **Si le bénéficiaire a utilisé sa prestation équipement audioprothèses pour l'achat d'une prothèse par oreille, il devra attendre la fin de sa période de quatre ans qui a commencé après la date d'acquisition de l'équipement de chaque oreille, pour bénéficier des montants nouvellement souscrits, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet ;**
- **Si le bénéficiaire a entamé sa prestation équipement audioprothèses pour l'achat d'un équipement pour une oreille (droite ou gauche), la date de fin de sa période de quatre ans reste inchangée. Que le changement de garantie soit à la hausse ou à la baisse, il bénéficiera des montants de remboursements nouvellement souscrits à compter de leur date d'effet pour la seule prothèse (droite ou gauche) n'ayant pas déjà fait l'objet d'un remboursement.**

Cures thermales

En fonction de la formule choisie, la Mutuelle peut intervenir pour prendre en charge les frais de soins, d'hébergement et de transport.

Il est précisé que la Mutuelle intervient uniquement :

- en cas de prise en charge de la cure par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- sur prescription et présentation des justificatifs de paiement.

Prévention

La Mutuelle prend en charge l'ensemble des actes de préventions pris en charge par le RO, tels que définis par l'arrêté du 8 juin 2016, pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code et définis ci-dessous :

- Prévention des caries pour les enfants : scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Détartrage annuel dentaire : un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Dépistage des troubles du langage pour les enfants : bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage auditif : une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
 - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

- Autres actions de prévention prises en charge par le RO : les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - Coqueluche : avant 14 ans ;
 - Hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - Haemophilus influenza B ;
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Bien-être

Forfait Bien-Être et Prévention à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci sont prises en charge par le RO, intervention en complément du contrat de base et à hauteur de la dépense engagée et ce dans la limite du montant du forfait indiqué, telles que visées dans le tableau de garanties.

Le reliquat du forfait annuel non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur l'année suivante.

Des prestations mentionnées sur le tableau de garanties peuvent ne pas être listées ci-dessous, **celle liste n'étant pas exhaustive.** Il convient donc de se référer aux informations présentes sur le tableau de garanties.

- **Contraception** : pilule, patch et implant prescrits par un médecin ou une sage-femme. Le forfait ne comprend pas la prise en charge des préservatifs.
- **Pharmacie prescrite non remboursable par l'Assurance maladie obligatoire** : Les médicaments, les préparations (magistrales, officinales...) et les autres produits pharmaceutiques, non remboursés par l'assurance maladie Obligatoire, dont la TVA est fixée à l'article 278 quater du Code Général des Impôts, sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve des limitations prévues au tableau de garanties.
- **Traitement préventif du paludisme** : le forfait prend en charge les dépenses de médicaments et de spécialités pharmaceutiques sur prescription médicale.
- **Appareillage** : le forfait est versé pour tout appareillage non remboursé par le Régime Obligatoire, dès lors qu'il est prescrit par un médecin, acheté chez un fournisseur de biens médicaux et dans la limite des frais engagés par l'adhérent.
- **Pédicure-Podologue, Psychomotricien**, inscrit au répertoire ADELI
- **Médecine douces** : ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce forfait, que les consultations, des professionnels suivants :
 - **Ostéopathe/Chiropracteur**, inscrit au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer ;
 - **Acupuncture**, exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste, disposant des diplômes leur permettant de pratiquer ces actes légalement ;
 - **Etiopathie**, exercée par un praticien recensé dans l'annuaire de l'Institut français des étioopathes.
 - **Psychologue Nutritionniste/Diététicien, Psychomotricien** inscrits au répertoire ADELI ou au répertoire amené à le remplacer.
- **Vaccins** : le forfait prend en charge les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire et prescrits ou non par un médecin.
- **Sevrage tabagique** : la Mutuelle prend en charge les substituts nicotiniques (patch, gommes...) délivrés sur prescription médicale.
- **Prothèses capillaires suite à une radio ou une chimiothérapie** : avec ou sans prescription médicale, sur présentation des justificatifs.
- **Frais d'accompagnement du bénéficiaire de plus de 60 ans à l'hôpital** : sur présentation des justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes.
- **Frais de déplacements et d'hébergement en cure thermique** : sur prescription médicale, frais non pris en charge par le Régime Obligatoire prescrit ou non par un médecin.
- **Basse vision** : sert à financer l'achat du matériel permettant d'améliorer les capacités visuelles des personnes mal voyantes : télé agrandisseurs, loupes électroniques, loupes à main, loupes éclairantes, etc.
- **Fournitures incontinences** : avec ou sans prescription médicale, non remboursées par le Régime Obligatoire.
- **Fournitures et entretien appareillage auditif**
- **Visite annuelle du sport +test d'effort**
- **Assistance médicale à la procréation**