



## ANNEXE AU RÈGLEMENT MUTUALISTE Gamme frais de santé

**Ouverte à l'adhésion  
au 1er janvier 2007**

### Article 1 - - Périmètre de prise en charge des garanties

L'ensemble des garanties couvertes par les options décrites au présent règlement satisfont aux principes des «contrats responsables» tels que mentionnés aux articles R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale et aux orientations décidées par la Mutuelle familiale dans le cadre de la mise en œuvre du parcours de soins coordonné.

A ce titre :

Sont pris en charge par la Mutuelle familiale et ce quelle que soit l'option garantissant l'adhérent et ses ayants droit :

- au moins 30% de la base de remboursement des consultations du médecin traitant ou correspondant,
- au moins 30% de la base de remboursement des vignettes blanches prescrites par le médecin traitant ou correspondant,
- au moins 35% de la base de remboursement des frais d'analyse ou de laboratoire prescrits par le médecin traitant ou correspondant,
- au moins deux actes de prévention figurant dans la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006 et mentionnée au II de l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle familiale et ce quelle que soit l'option garantissant l'adhérent et ses ayants droit :

- la participation forfaitaire prévue par la loi

n°2004-810 du 13 août 2004 (égale à 1 euro au 1er janvier 2006),

- la majoration de ticket modérateur applicable aux consultations ou actes médicaux effectués hors parcours de soins coordonné ou de refus d'autorisation d'accès au dossier médical personnel (articles L 162-5-3 et L 161-36-2 du code de la Sécurité sociale) ,
- les dépassements d'honoraires pour des consultations ou actes médicaux effectués hors parcours de soins coordonné (18° de l'article L 162-5 du code de la Sécurité sociale).

Par ailleurs, les médicaments dont le taux de remboursement de la Sécurité sociale est inférieur ou égal à 15 % ne feront l'objet d'aucun remboursement par la Mutuelle familiale au titre du présent règlement.

Tout acte médical pratiqué par un praticien non conventionné en médecine de ville sera remboursé par la mutuelle et ce, dans la limite de l'option souscrite en prenant comme base de remboursement le tarif d'autorité applicable par les régimes d'assurance maladie obligatoires. Les hospitalisations médicales ou chirurgicales en établissement non conventionné ne seront pas prises en charge par la Mutuelle familiale.

Enfin, la mutuelle prend à sa charge et ce, quelle que soit l'option souscrite, la franchise mentionnée à l'article R 322-8 du code de la Sécurité sociale relative aux actes techniques supérieurs ou égaux à 91 euros ou affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 50.

### Article 2 - - Descriptif des garanties et champs d'application

Les garanties qui ne mentionnent pas spécifique-

ment une ou plusieurs options, concernent l'ensemble des options ouvertes, à savoir : Nova, Décllic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic, Santé Seniors.

### **Article 2-1 : Maladie, frais médicaux et paramédicaux**

**2.1.1** - Consultations et visites généralistes ou spécialistes – Actes techniques médicaux ou de petite chirurgie – Imagerie Diagnostique (radiographie – échographie – scanner – IRM)

**2.1.2** - Auxiliaires médicaux et analyses médicales

**2.1.3** - Pharmacie

**Article 2.2 : prothèses** ou orthèses médicales, prothèses auditives (comprenant entretien et accessoires) et orthopédiques et appareillages définis à la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans les options Décllic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic, Santé Seniors.

Le nombre de prothèses auditives prises en charge par la Mutuelle familiale est limité à 2 par année civile et par bénéficiaire.

### **Article 2.3 : Optique**

**2.3.1** - Monture

Le nombre de montures prises en charge par la Mutuelle familiale est limité à 1 par année civile et bénéficiaire dans les options Nova, Décllic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic.

**2.3.2** - Verre simple

Est défini comme verre simple le verre inscrit à la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale sous les codifications 202A00 11, 202A00 21, 202A00 23.

**2.3.3** - Verre complexe

Est défini comme verre complexe le verre inscrit à la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale sous les codifications 202A00 12, 202A00 13, 202A00 22, 202A00 24.

**2.3.4** - Verre hyper complexe

Est défini comme verre hyper complexe le verre inscrit à la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale sous les codifications 202A00 31 , 202A00 32, 202A00 41, 202A00 42.

Le nombre total de verres, quelle que soit la correction prise en charge par la Mutuelle familiale, est limité à 2 par année civile et par bénéficiaire dans les options Nova, Décllic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic.

**2.3.5** - Lentilles de contact prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires

**2.3.6** - Lentilles de contact non prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires

**2.3.7** - Chirurgie réfractive dans les options Décllic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic et Santé Seniors. La chirurgie réfractive n'est prise en charge qu'une fois pendant toute la durée de l'adhésion de l'adhérent ou de l'ayant droit. En cas de prise en charge par la Mutuelle familiale de la prestation « chirurgie réfractive », le bénéficiaire de la prestation ne pourra bénéficier d'aucune prise en charge au titre des garanties «Optique» durant les deux années suivant la date de l'intervention chirurgicale liée au traitement de la kératotomie.

### **Article 2.4 : Dentaire**

**2.4.1** - Consultations et soins conservateurs

**2.4.2** - Inlays-Onlays et Inlay Core

**2.4.3** - Prothèses dentaires fixes prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires.

**2.4.4** - Prothèses dentaires mobiles prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires

**2.4.5** - Prothèses dentaires fixes inscrites à la nomenclature et non prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires dans les options Tonic, Energic, Dynamic, Santé Seniors.

**2.4.6** - Prothèses dentaires mobiles inscrites à la nomenclature et non prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires dans les options Tonic, Energic, Dynamic et Santé Seniors.

**2.4.7** - Implantologie – Parodontologie dans les options Tonic, Energic, Dynamic.

La Mutuelle familiale limite sa prise en charge au titre de la garantie «implantologie» à 5 implants par année civile et bénéficiaire.

**2.4.8** - Orthodontie prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires

**2.4.9** - Orthodontie non prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires dans les options Tonic, Energic, Dynamic.

**Article 2.5 : cures thermales** prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires dans les options Déclic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic, Santé Seniors.

### **Article 2.6 : Hospitalisation médicale et chirurgicale (hors maternité)**

#### **2.6.1** - Frais de séjour

Toutes les options figurant à la présente annexe, prennent en charge les frais de séjour en établissement conventionné à hauteur de la dépense réelle engagée moins les remboursements effectués par les régimes d'assurance maladie obligatoires.

#### **2.6.2** - Honoraires en hospitalisation médicale ou chirurgicale

Les hospitalisations médicales ou chirurgicales en établissement non conventionné ne donnent lieu à aucun remboursement par la mutuelle.

#### **2.6.3** - Forfait journalier

Pour les options Nova, Déclic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic, la prise en charge du forfait journalier est illimitée en hospitalisation médicale ou chirurgicale et limitée à 60 jours par an en établissement spécialisé (établissements ou services psychiatriques, maisons ou centres de repos et de convalescence, maisons d'accueil spécialisées, établissements ou services de moyen séjour).

Pour l'option Santé Seniors, la prise en charge est limitée à 90 jours par an, quelle que soit la nature des établissements fréquentés.

#### **2.6.4** - Chambre particulière dans les options Classic, Tonic, Energic, Dynamic, Santé Seniors.

Pour les options Classic, Tonic, Energic, Dynamic, la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an.

Pour l'option Santé Seniors, elle est limitée à 30 jours par an, à l'hôpital ou en maison de repos.

#### **2.6.5** - Accompagnement d'un enfant, du conjoint ou concubin, d'un ascendant hospitalisé

Les options Déclic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic prennent en charge un forfait pour l'accompagnement d'un enfant, du conjoint ou concubin ou d'un ascendant en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale. Cette prise en charge est limitée à 60 jours par an.

L'option Santé Seniors prend en charge l'accompa-

gnement des enfants de moins de seize ans, dans la limite de 90 jours par an.

#### **2.6.6** - Transport en ambulance ou en véhicule sanitaire léger

#### **2.6.7** - Frais de séjour en maisons ou centres de repos et de convalescence, maisons d'accueil spécialisées

### **Article 2.7 : Maternité**

#### **2.7.1** - Frais de séjour

#### **2.7.2** - Honoraires d'anesthésie (péridurale) et d'obstétrique

#### **2.7.3** - Chambre particulière dans les options Nova, Déclic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic.

La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 5 jours par an.

#### **2.7.4** - Fécondation in vitro et amniocentèse dans les options Nova, Déclic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic.

#### **2.7.5** - Allocation naissance ou adoption dans les options Nova, Déclic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic.

Le forfait au titre de la naissance ou de l'adoption d'un enfant est versé sous réserve de l'inscription de ce dernier à la Mutuelle familiale en tant qu'ayant droit de l'adhérent bénéficiaire de l'allocation.

### **Article 2.8 : Forfaits Bien Etre**

#### **2.8.1** - Consultations de chiropractie – ostéopathie- acupuncture – étiopathie – sophrologie – phytothérapie – psychologie – psychanalyse, dans les options Tonic, Energic, Dynamic.

Le nombre total de consultations prises en charges toutes disciplines ci-dessus mentionnées est limité à 4 par année civile et bénéficiaire.

#### **2.8.2** - Bas de contention et compresses thermiques dans les options Tonic, Energic, Dynamic

### **Article 2.9 : Actes de prévention**

#### **2.9.1** - Examen d'ostéodensitométrie dans les options Déclic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic, Santé Seniors.

La Mutuelle familiale prend en charge un forfait tous les 6 ans pour tout bénéficiaire de sexe féminin âgé de 50 ans ou plus.

**2.9.2** - Sevrage tabagique sur prescription médicale dans les options Nova, Déclic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic.

**2.9.3** - Consultation diététicien dans les options Nova, Déclic, Classic, Tonic, Energic, Dynamic

**2.9.4** - Vaccins acceptés ou refusés par la Sécurité sociale suite à prescription médicale

**2.9.5** - Contraceptifs (incluant pilule de 3ème ou 4ème génération) dans l'option Nova

### **Article 2.10 : Frais d'obsèques**

La prestation décès incluse dans l'option Santé Seniors ne peut être versée qu'après un délai de 9 mois de stage de l'adhérent.

### **Article 2.11 : Assistance Vie Quotidienne**

Cf notice d'information.