

C2S – CONTRAT DE SORTIE

VOS PRESTATIONS SANTE, COMPATIBLES RESTE A CHARGE 0

Toute personne ayant bénéficié de la complémentaire santé solidaire (C2S) auprès d'un organisme assureur référencé peut, à l'expiration de son droit, bénéficier pour une période d'un an d'un contrat dit « de sortie ».

La participation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) correspond à un pourcentage de la Base de Remboursement (BR) ou au montant en euros de celui-ci. La BR est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'AMO en France. Les tarifs desdits remboursements sont fixés par convention entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

La Mutuelle Familiale applique la réglementation sur les contrats responsables. Les montants mentionnés dans les tableaux ci-après s'appliquent si l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés. Les garanties issues de la réglementation sur le Reste à Charge 0 en santé (cf. optique et dentaire) sont consultables sur le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et sur notre site mutuelle-familiale.fr.

La participation de La Mutuelle Familiale est exprimée soit en pourcentage de la BR soit en euros. Pour tout acte ou frais de santé pris en charge par l'AMO et ne figurant pas dans les tableaux ci-après, La Mutuelle Familiale rembourse le Ticket modérateur (partie des dépenses de santé à la charge du patient après le remboursement de l'AMO). Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, La Mutuelle Familiale pratique le tiers payant.

Ne sont pas prises en charge les majorations pour non-respect du parcours de soins, les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 €. Attention, le contrat de sortie ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires facturés par les médecins.



Soins courants

Remboursements Sécurité sociale + Mutuelle (Les majorations et/ou les dépassements liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas remboursés par la Mutuelle.)

C2S – Contrat de sortie

Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	100 % BR
Honoraires médicaux	
Médecins généralistes ou spécialistes signataires et non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR
Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie	
Médecins signataires et non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes médicaux dont le prix est supérieur à 120 €	Frais réels
Médicaments	
Médicaments à SMR (service médical rendu) majeur, modéré et faible (65%, 30% et 15%)	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)	
Médecins signataires et non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR
Matériel médical	
Autre matériel médical	100 % BR

¹: OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique



Pack Bien-être

Remboursements Sécurité sociale + Mutuelle (Les majorations et/ou les dépassements liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas remboursés par la Mutuelle.)

C2S – Contrat de sortie

Prestations Bien-être

Cure thermale remboursée par l'AMO

100 % BR

Ateliers de prévention (sur inscription)

- **Ateliers Santé** : en petits groupes, pour des échanges privilégiés sur des thèmes variés : alimentation, sommeil, activité physique, mémoire, bien-être, alternatives cosmétiques, produits ménagers...
- **Conférences** : animées par des professionnels de santé (médecin du sport, toxicologue, éco-infirmier, kiné...)
- **Dépistages, animations santé et expositions** : Journée Nationale de l'Audition, Journée Mondiale du Diabète, Octobre Rose...
- **Conseils santé** sur mapreventionsante.fr



Hospitalisation

La prise en charge de l'hospitalisation est limitée aux établissements conventionnés par l'assurance maladie – à l'exclusion des établissements médico-sociaux

Prise en charge du TM en établissement non conventionné (hors établissements médico-sociaux)

Remboursements Sécurité sociale + Mutuelle (Les majorations et/ou les dépassements liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas remboursés par la Mutuelle.)

C2S – Contrat de sortie

Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (hors établissements médico-sociaux)	Frais réels
Frais de séjour	
Frais de séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale, maternité	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes médicaux dont le prix est supérieur à 120 €	Frais réels
Honoraires	
Honoraires (chirurgie, médecine, obstétrique) Médecins signataires et non signataires de l'OPTAM/OPTAM CO ⁽¹⁾	100 % BR
Autres	
Transport en ambulance, VSL	100 % BR

¹ : OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique



Dentaire



Remboursements Sécurité sociale + Mutuelle (Les majorations et/ou les dépassements liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas remboursés par la Mutuelle.)

C2S – Contrat de sortie

RAC 0 : Prothèses dentaires – dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	
Actes prothétiques à entente directe sans reste à charge	Frais réels
Panier maîtrisé : Prothèses dentaires (dont bridges) – dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	
Actes prothétiques à entente directe limitée (dont bridges)	100 % BR
Panier libre : Prothèses dentaires remboursées par l'AMO	
Inlay Core	100 % BR
Inlay - Onlay	100 % BR
Prothèses dentaires fixes ou amovibles remboursées par le RO	100 % BR
Autres actes dentaires et soins prothétiques	
Consultations et soins dentaires	100 % BR

(1) : au-delà du plafond, prise en charge dans la limite du ticket modérateur



Optique



Tiers-payant et tarifs préférentiels sur les équipements optiques du réseau Kalixia

Remboursements Sécurité sociale + Mutuelle (Les majorations et/ou les dépassements liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas remboursés par la Mutuelle.)

C2S – Contrat de sortie

RAC 0 : Equipement optique remboursé dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV) (classe A)	
Monture	Frais réels
Verre	Frais réels
Prestation d'appairage / verres filtrés / adaptation	Frais réels
Adaptation ordonnance en renouvellement	Frais réels
Panier libre : Equipements optiques remboursés par l'AMO relevant du panier libre (classe B) limité à un remboursement tous les 2 ans	
Monture	100 % BR
Verres simples (1)	100 % BR
Verres complexes (2)	100 % BR
Verres très complexes (3)	100 % BR
Adaptation ordonnance en renouvellement ~ dans la limite du PLV ~	Frais réels
Autres	
Lentilles acceptées par l'AMO	100 % BR

Renouvellement de l'équipement optique :

- Adultes et enfants de 16 ans et plus : tous les 2 ans de date à date
- Enfants de moins de 16 ans : 1 an de date à date,
- Enfants de moins de 6 ans : 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

- (1) Verres simples A : verres unifocaux sphère de -6,00 à +6,00 - ou verres unifocaux cylindre < ou égal +4,00 et sphère -6,00 à 0 – ou verres unifocaux sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égale à 6,00 (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)
- (2) Verres complexes C : autres verres unifocaux – verres multifocaux ou progressifs sphère de -4,00 à +4,00 - ou verres multifocaux cylindre < ou égal à +4,00 et sphère de -8,00 à 0 – ou verres multifocaux ou progressifs sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égale à 8,00 (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)
- (3) Verres très complexes F : autres verres multifocaux ou progressifs (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)

Pour un équipement composé d'un verre simple et d'un verre complexe ou d'un verre très complexe, le forfait se calcule ainsi : somme des deux forfaits divisés par deux



Aides auditives



Tiers-payant et tarifs préférentiels sur les équipements audio du réseau Kalixia

Remboursements Sécurité sociale + Mutuelle (Les majorations et/ou les dépassements liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas remboursés par la Mutuelle.)

C2S – Contrat de sortie

RAC 0 : Aides auditives de classe I à prise en charge renforcée et limitée à un remboursement par oreille tous les 4 ans	
~ cf. annexe consultable en ligne ~	Frais réels
Panier libre : Aides auditives de classe II limitées à un remboursement tous les 4 ans - Plafond maximum de remboursement de 1700€ par oreille AMO + Mutuelle	
Age inférieur ou égal à 20 ans	100 % BR
Age supérieur à 20 ans	100 % BR
Piles auditives	100 % BR
Entretien et réparation	100 % BR

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'AMO	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge de l'adhérent
Soins courants				
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires – secteur 1	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires - secteur 1	30 €	20 €	9 €	1 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie signataire de l'OPTAM/OPTAM CO – secteur 2	44 €	20 €	9 €	15 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non-signataire de l'OPTAM/OPTAM CO) – secteur 2	56 €	15,10 €	6,90 €	34 €
Hospitalisation				
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	0 €
Participation forfaitaire pour les actes médicaux dont le prix est supérieur à 120 €	120 € ou plus	0 €	24 €	0 €
Honoraires d'un chirurgien signataire OPTAM/OPTAM-CO pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	247,70 €	Néant	107,30 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non-signataire OPTAM/OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	247,70 €	Néant	183,30 €
Optique				
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres simples (RAC 0)	125 €	22,50 €	102,50 €	0 €
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres complexes	345 €	0,09 €	0,06 €	344,85 €
Lentilles non remboursées	200 €	0 €	Néant	200 €
Dentaire				
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires du panier (RAC 0)	500,00 €	84 €	416 €	0 €
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires (panier maîtrisé)	538,70€	84 €	36 €	418,70 €
Couronne céramo-métallique sur molaires (panier libre)	538,70€	75,25 €	32,25 €	431,20 €
Aides auditives				
Aide auditive de classe I, par oreille (plus de 20 ans, RAC 0)	950 €	240 €	710 €	0 €
Aide auditive de classe II, par oreille (plus de 20 ans)	1 476 €	240 €	160 €	1076 €