

LES GARANTIES

HOSPITALISATION SECTEUR CONVENTIONNÉ	T1	T2	T3	T4	T5
Frais de séjour	100 %	135 %	160 %	200 %	215 %
Chirurgie et anesthésie	100 %	135 %	160 %	200 %	215 %
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière ⁽²⁾	Néant	30 € /jour	40 € /jour	50 € /jour	60 € /jour
Frais accompagnant ⁽³⁾	Néant	15 € /jour	15 € /jour	15 € /jour	15 € /jour
Transport du malade	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

HOSPITALISATION SECTEUR NON CONVENTIONNÉ	T1	T2	T3	T4	T5
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant

DENTAIRE	T1	T2	T3	T4	T5
Soins dentaires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses et orthodontie acceptées par le RO	100 %	120 %	145 %	175 %	200 %
Prothèses dentaires non acceptées, implantologie, parodontie	Néant	125 € /an	150 € /an	175 € /an	200 € /an
Plafond dentaire annuel	625 €	625 €	750 €	875 €	1 000 €

OPTIQUE ACCEPTÉE OU REFUSÉE PAR LE RO	T1	T2	T3	T4	T5
Forfait optique annuel (lentilles jetables comprises)	75 €	150 €	175 €	200 €	250 €
Report de 50 % si non utilisé une année, soit sur 2 ans ⁽⁴⁾	112,50 €	225 €	262,50 €	300 €	375 €
Chirurgie de la réfraction de l'œil _ Inclusive au forfait optique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

CONSULTATIONS ET PHARMACIE	T1	T2	T3	T4	T5
Pharmacie (vignettes bleues, blanches et orange)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins généralistes ou spécialistes ⁽⁵⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %
Actes techniques médicaux et actes de spécialité	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %
Imagerie médicale et biologie médicale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait médecines naturelles (par an et par personne, limité à 25 € /acte) ⁽⁶⁾	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €

SERVICES	T1	T2	T3	T4	T5
Délai d'attente	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national _ Remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance IMA Assurances _ Néoliane	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

• Aucun délai de stage pour toutes les formules.

• Aucun questionnaire médical.

• Gratuité du troisième enfant, payant à compter du quatrième.

• L'Assureur des garanties est la MUTUELLE UMC.

• Vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année à l'autre (sauf dispositions spécifiques du tableau de garanties). Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en Euro. (Contrat responsable en application de la loi N° 2004-810 du 13 août 2004 et selon les textes en vigueur au moment de l'impression du présent document) - Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L 322-2 du code de la Sécurité Sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005.

• Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du régime obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la sécurité Sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du Ticket Modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins, en aucun cas la Mutuelle ne peut rembourser ce montant d'honoraires. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité Sociale et le secteur conventionné.

(1) Établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés : au maximum 10 jours par an et par assuré. Convalescence limitée à 30 jours par an et par assuré.

(2) 30 jours par hospitalisation. Maternité maximum 8 jours.

(3) Pour un enfant de moins de 16 ans ou un adulte de plus de 70 ans.

(4) Si l'assuré ne perçoit aucune prestation en optique durant une année, alors le montant du forfait optique est majoré de 50 % l'année suivante, la majoration du forfait reste acquise à l'assuré tant qu'il ne perçoit pas de prestation optique.

(5) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré pour hors parcours de soins coordonnés.

(6) Ostéopathie, Chiropractie.