

Pour plus d'informations, contactez-nous au **01 45 225 111**
Du lundi au jeudi de 8 h 30 à 18 h (17 h le vendredi)

Nouvelles garanties à compter du 1^{er} janvier 2020

Remboursements maximum de la mutuelle
(y compris remboursement de la sécurité sociale), dans la limite des frais réels. Les garanties sont «responsables».

BASIC

MEDIUM

CONFORT

HOSPITALISATION prise en charge par la sécurité sociale (y compris frais d'accouchement)			
• Frais de séjour en secteur conventionné	100 % FR limités à 600 % BR		
• Frais de séjour en secteur non conventionné	90 % FR limités à 600 % BR		
• Honoraires médicaux et chirurgicaux en secteur conventionné (médecins DPTAM)	100% FR limités à 600% BR		
• Honoraires médicaux et chirurgicaux en secteur conventionné (médecins NON DPTAM) ou en secteur non conventionné	100% FR limités à 200% BR		
• Forfait journalier	100 %FR		
• Chambre particulière (limité à 30 jours par séjour en psychiatrie)	45 €/jour	60 €/jour	80 €/jour
• Lit accompagnant enfants moins de 16 ans	100% FR	100% FR	100% FR
• Lit accompagnant enfant de 16 ans ou plus (si séjour supérieur à 2 jours et dans la limite de 5 jours)	45 €/jour	60 €/jour	80 €/jour
• Frais de transport	100% BR	135% BR	205% BR
• Participation forfaitaire pour les actes et dans les conditions définies à l'article R 322-8 du code de la Sécurité sociale	100%FR		
MATERNITE – ADOPTION PLENIERE			
• Allocation en cas de naissance ou d'adoption plénière	200€/enfant		
SOINS COURANTS remboursés par la sécurité sociale			
• Honoraires médicaux : consultations, visites généralistes et spécialistes (médecins DPTAM)	100% BR	170% BR	210% BR
• Honoraires médicaux : consultations, visites généralistes et spécialistes (médecins NON DPTAM)	100% BR	150% BR	190% BR
• Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux	100% BR	130% BR	200% BR
• Analyses et examens de laboratoire	100% BR	130% BR	200% BR
• Honoraires médicaux : actes techniques médicaux (médecins DPTAM)	100% BR	170% BR	210% BR
• Honoraires médicaux : actes techniques médicaux (médecins NON DPTAM)	100% BR	150 % BR	190% BR
• Honoraires de radiologues : actes d'imagerie et d'échographie (médecins DPTAM)	100% BR	170% BR	210% BR
• Honoraires de radiologues : actes d'imagerie et d'échographie (médecins NON DPTAM)	100% BR	150% BR	190% BR
• Matériel médical (dispositifs médicaux et produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion des dispositifs médicaux intégrés dans d'autres postes) : Orthopédie et autres appareillages	135 % BR	135 % BR	205 % BR
• Médicaments (y compris les honoraires de dispensation) (vignettes blanches, bleues, oranges)	100% BR	100% BR	100% BR

DENTAIRE			
• Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR		
• Prothèses 100% Santé (telles que définies réglementairement)	100% FR dans le respect des honoraires limites de facturation		
• Prothèses dentaires et inlays onlays remboursés par la Sécurité sociale à tarif maîtrisé ou à tarifs libres (remboursements plafonnés aux honoraires limites de facturation dans le cadre du tarif maîtrisé) (si le plafond global est atteint, le niveau des prestations est égal à 100% BR)	séc.sociale + montant global de 450 € / an / bénéficiaire	séc.sociale + montant global de 500 € / an / bénéficiaire	séc.sociale + montant global de 600 € / an / bénéficiaire
• Piliers de bridges sur dents saines			
• Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale			
• Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (adulte et/ou enfant)			
• Implants dentaires, prothèses provisoires non-remboursés par la Sécurité sociale (limitation à 2 actes par an et par bénéficiaire)	-	-	300€/ acte
OPTIQUE Remboursement limité à un équipement (deux verres et une monture) tous les deux ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, auxquels cas la limitation est d'un équipement par an. Dans l'équipement la monture est limitée à 100 €.			
Equipements 100% Santé (tels que définis réglementairement)			
• Verres quel que soit le niveau de la correction Prestation d'appairage et prestation d'adaptation de l'ordonnance en cas de renouvellement	100% FR plafonné au Prix Limite de Vente		
• Monture	100% FR dans la limite de 30€		
Equipement à prix libre : le forfait inclus le remboursement de la monture qui est limité au maximum à 100 €			
• Equipement avec 2 verres faible correction	220 €	290 €	340 €
• Equipement avec 2 verres moyenne correction	460 €	530 €	610 €
• Equipement avec 2 verres forte correction	460 €	530 €	610 €
• Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	séc.sociale + 200 € / an /bénéficiaire	séc.sociale + 250 € / an / bénéficiaire	séc.sociale + 300 € / an / bénéficiaire
• Chirurgie réfractive de l'œil (limitation à 2 actes par an et par bénéficiaire)	-	-	300 € / œil
AIDES AUDITIVES jusqu'au 31/12/2020			
Prothèses auditives (au-delà de 100 % BR, limitation à un équipement stéréophonique [2 oreilles] une fois tous les 4 ans par bénéficiaire)	135 % BR	135 % BR	205 % BR
AIDES AUDITIVES (Remboursement limité à un équipement tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition) : à compter du 01/01/2021			
• Equipements 100% Santé (tels que définis réglementairement) à partir de 21 ans	100% FR plafonné au Prix Limite de Vente		
• Equipements à prix libre à partir de 21 ans	135 % BR	135 % BR	205 % BR
• Equipements 100% Santé (tels que définis réglementairement) jusqu'à 20 ans inclus	100% FR plafonné au Prix Limite de Vente		
• Equipements à prix libre jusqu'à 20 ans inclus	120 % BR	120 % BR	120 % BR
PRESTATIONS DE PREVENTION			
Vaccin anti-grippe et autres vaccins remboursés par la Sécurité sociale	100% BR		
Vaccin non remboursé par la Sécurité sociale	6 % PMSS / an / bénéficiaire		
Détartrage remboursé ou non par la Sécurité sociale (limitation à 2 actes par an et par bénéficiaire)	séc.sociale et montant global de 50€/ an / bénéficiaire		
Pilule contraceptive non remboursée par la Sécurité sociale			
Bilan nutritionnel non remboursé par la Sécurité sociale			
Substituts nicotiques remboursés par la Sécurité sociale			
Médecine douce (Chiropractie, acupuncture, ostéopathie (1), étio-pathie, homéopathie, naturopathie, diététicien, psychologue) non remboursée par la Sécurité sociale (limitation à 4 séances par an et par bénéficiaire) (2)	40 € / séance	45 € / séance	60 € / séance

SERVICES +

Service assistance à domicile vie quotidienne	OUI
Action sociale (selon la situation)	Commission du Conseil d'administration de la Mutuelle

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

FR : frais réels.

DPTAM / Non DPTAM (ou OPTAM / Non OPTAM) : Praticiens ayant signé ou non le Dispositif (Option) de Pratique Tarifaire Maîtrisée (anciennement CAS : Contrat d'Accès aux Soins)

(1) Séances dispensées par un diplômé d'Etat de kinésithérapie et/ou enregistré au répertoire national

(2) Séances dispensées par un professionnel de santé référencé auprès de l'Ordre concerné (n°RPPS) ou de l'ARS de sa région (n° ADELI)

Assuré par

MUTUELLE
MIEUX être

Mutuelle Mieux-Etre, Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité – SIREN n°775 659 907
171 avenue Ledru-Rollin – 75544 Paris cedex 11 – Tél. 01 44 93 11 00 – www.mieux-etre.fr

En partenariat avec

 **AUDIENS**

LA PROTECTION SOCIALE PROFESSIONNELLE
Culture • Communication • Médias