

GARANTIE OR300

Remboursements Régime Obligatoire + Mutest	
SOINS COURANTS ET HONORAIRES MEDICAUX	
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Auxiliaires médicaux	100% du TRSS
Psychologue (séances réalisées dans le cadre du dispositif de la Sécurité Sociale « MonPsy », auprès d'un psychologue partenaire, et après la consultation d'un médecin)	100 % du TRSS
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations, visites généralistes et spécialistes signataires OPTAM/OPTAM-CO	250% du TRSS
Consultations, visites généralistes et spécialistes non signataires OPTAM/OPTAM-CO	200% du TRSS
Actes techniques signataire OPTAM/OPTAM-CO	Frais réels
Actes techniques non signataire OPTAM/OPTAM-CO	200% du TRSS
Radiologie signataire OPTAM/OPTAM-CO	250% du TRSS
Radiologie non signataire OPTAM/OPTAM-CO	200% du TRSS
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Analyses laboratoires remboursées	100% du TRSS
MEDICAMENTS	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (65%)	100% du TRSS
Médicaments à service médical rendu modéré (30%)	100% du TRSS
Médicaments à service médical rendu faible (15%)	100% du TRSS
MATERIEL MEDICAL	
Dispositifs médicaux à usage individuel - Prothèses capillaires ⁽¹⁾	100% du TRSS + 225 €
Dispositifs médicaux à usage individuel - Hors prothèses capillaires ⁽¹⁾	150% du TRSS
Petit appareillage (orthèses et prothèses externes)	350% du TRSS
Grand appareillage - Véhicules pour handicapés physiques ⁽¹⁾	150% du TRSS
Grand appareillage - Hors véhicules pour handicapés physiques ⁽¹⁾	100% du TRSS
Pansements (articles pour pansements et matériels de contention)	100% du TRSS
Orthopédie	100% du TRSS
TRANSPORT	
Transport	100% du TRSS
CURE THERMALE	
Soins et honoraires de surveillance	100 % du TRSS
Forfait annuel hébergement (hors restauration) et transport	100% du TRSS + 320 € par an
AIDES AUDITIVES	
Equipements 100% Santé ⁽²⁾	
Audioprothèses Classe I	Frais engagés
Reste à charge nul (y compris accessoires)	
Equipements à prix libre ⁽²⁾	
Audioprothèses Classe II (jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité) <i>La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction</i>	100 % du TRSS
Audioprothèses Classe II (21 ans et plus)	240% du TRSS
Piles pour prothèses auditives	200 % du TRSS
OPTIQUE ⁽³⁾	
Equipements 100% Santé	
Equipement Classe A (Monture et verres)	Frais engagés
Reste à charge nul (y compris suppléments optiques médicaux)	
Equipements et frais d'optique à prix libre	
Equipement Classe B : Monture	100 €
Equipement Classe B : Verre classique (par verre)	110 €
Equipement Classe B : Verre complexe (par verre)	190 €
Equipement Classe B : Verre très complexe (par verre)	190 €
Bonus optique	25 % après 36 mois

GARANTIE OR300

	Remboursements Régime Obligatoire + Mutest
Forfait annuel lentilles remboursées ou non par le RO *	Forfait annuel de 220 €
Forfait annuel chirurgie de l'œil non remboursée par le RO	350 € par œil
DENTAIRE	
SOINS	
Soins, actes d'imagerie et de chirurgie	100% du TRSS
Inlays, Onlays et Overlays	180% du TRSS
Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁴⁾	
Soins et prothèses dentaires remboursées par le RO - Panier 100% Santé	Frais engagés
Plafond annuel par bénéficiaire - Hors Panier 100% Santé **	
1 500 € par an	
Prothèses - Hors Panier 100% Santé ⁽⁵⁾	
Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires	400% du TRSS
Inlays Core	200% du TRSS
IMPLANTOLOGIE ET PARODONTOLOGIE NON REMBOURSEES PAR LE RO	
Plafond annuel implants, éléments intermédiaires et maladies parodontales	1 000 €
Forfait implant et/ou élément intermédiaire dans la limite du plafond annuel implants, éléments intermédiaires et maladies parodontales	1000 € par implant et/ou élément intermédiaire
Forfait maladies parodontales dans la limite du plafond annuel implants, éléments intermédiaires et maladies parodontales	1 000 €
ORTHODONTIE	
Orthodontie remboursée par le RO	250% du TRSS
HOSPITALISATION	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier illimité en chirurgie et en médecine (secteur conventionné et non conventionné)	Remboursement intégral
Forfait journalier illimité en psychiatrie (secteur conventionné et non conventionné)	Remboursement intégral
Forfait journalier illimité en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour (secteur conventionné et non conventionné)	Remboursement intégral
HONORAIRES	
Soins - Honoraires (secteur conventionné et non conventionné) signataire OPTAM/OPTAM-CO	Frais réels
Soins - Honoraires (secteur conventionné et non conventionné) non signataire OPTAM/OPTAM-CO	200% du TRSS
SEJOUR ET AUTRES FRAIS	
Frais de séjour (secteur conventionné et non conventionné)	100% du TRSS
Chambre particulière (hors psychiatrie)	Remboursement intégral
Chambre particulière sans hébergement (hors psychiatrie)	Remboursement intégral
Frais d'accompagnement (lit et repas hospitaliers) pour un enfant de moins de 16 ans ou un adulte de plus de 65 ans (durée illimitée) ⁽⁶⁾	Remboursement des frais d'hébergement et de séjour
BIEN-ETRE	
Chiropractie - Ostéopathie - Acupuncture - Homéopathe - Etiopathie - Diététicien - Psychologue (hors dispositif "MonPsy") - Psychomotricité - Ergothérapie - Pédicure-Podologue - Naturopathie - Sophrologie - Microkinésithérapie - Reconstruction posturale méthode mézières - Kinésiologie - Hypnose - Réflexologie - Auriculothérapie - Bioénergie et neurostimulation électrique transcutanée - Shiatsu - Aromathérapie - Nutritionniste - Psychothérapeute - Sexothérapeute/sexologue - Phytothérapie - Oligothérapie - Nutrithérapie - Coach Sportif - Coach en développement personnel - Art-thérapie - Musicothérapie - Drainage lymphatique - Olfactothérapie - Thérapie de couple ⁽⁷⁾	50 € par acte dans la limite de 200 € par an et par bénéficiaire
Médicaments prescrits ou non et non remboursés par la Sécurité Sociale (y compris médicaments homéopathiques, huiles essentielles, compléments alimentaires, probiotique, huiles et produits détox, huile de CBD, gélule CBD, la contraception féminine et masculine, les anneaux et patchs contraceptifs)	200 € par an
Analyses, examens et radiologie prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale	200 € par an

GARANTIE OR300

Remboursements Régime Obligatoire + Mutest	
PREVENTION	
Densitométrie osseuse	100% du TRSS + 65 € par an
Vaccin antigrippal	100% du TRSS
INDEMNITES FORFAITAIRES	
Prime de naissance ou d'adoption ⁽⁸⁾	Non prévue au contrat
Dépendance ⁽⁹⁾	Capital de 500 €
Aide familiale	Forfait horaire de 1,52€
Allocation orphelin (père ou mère) versée jusqu'au 20ème anniversaire	Non prévue au contrat
Allocation orphelin (père et mère) versée jusqu'au 20ème anniversaire	Non prévue au contrat
Garantie obsèques ⁽⁹⁾	Non prévue au contrat
AUTRES PRESTATIONS	
Assistance ⁽⁹⁾	Oui
Second avis médical ⁽⁹⁾	Oui
Téléconsultation ⁽⁹⁾	Oui
Carte avantages ⁽⁹⁾	Oui
Soins à l'étranger : soins ambulatoires et hospitalisation ⁽¹⁰⁾	Oui

Ce qu'il faut savoir

Ces taux de remboursement s'appliquent sur les tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale, sous réserve que les frais engagés aient fait l'objet d'une participation de la Sécurité Sociale. Les garanties s'expriment soit en euros, soit en pourcentage du TRSS.

TM : le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'assurance maladie et dans la limite du tarif de convention de la Sécurité Sociale

TRSS : Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale = tarif de référence qui sert de base de remboursement pour chaque acte médical

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgiens et Obstétriciens)

* Sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre Régime Obligatoire.

** Pour l'ensemble des traitements - Hors Panier 100% Santé (prothèses dentaires, implantologie et parodontologie, remboursées ou non par la Sécurité Sociale), la participation est limitée par année civile et par bénéficiaire. Lorsque le plafond annuel est atteint, le montant de la prise en charge est limité à 125 % du TRSS.

⁽¹⁾ Grand appareillage :

- Véhicules pour handicapés physiques (1 fois tous les 5 ans) . Les frais de réparation sont limités au Ticket Modérateur.
- Prothèses externes non orthopédiques
- Prothèses oculaires et faciales
- Podo-orthèses
- Orthoprothèses

Dispositifs médicaux à usage individuel :

- Dispositifs médicaux pour le traitement des maladies respiratoires
- Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile
- Dispositifs médicaux pour autotraitement ou autocontrôle
- Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil uro-génital
- Produits pour nutrition et matériels d'administration
- Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur
- Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers
- Lits et matériels pour lits
- Dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie
- Postiche

GARANTIE OR300

⁽²⁾ Tels que définis réglementairement, dans la limite du prix de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins et dans la limite du plafond du contrat responsable.

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive peut être fait à l'échéance d'une période de 4 ans suivant la précédente délivrance.

Pour le renouvellement, le remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé est soumis à certaines conditions :

- L'appareil auditif actuel n'est plus adapté ou fonctionnel ;
- Le délai de garantie de 4 ans de l'appareil est passé ;
- Vous bénéficiez d'une prescription médicale.

Pour renouveler la prise en charge de vos appareils auditifs, une prescription médicale établie par un oto-rhino-laryngologiste (ORL) est nécessaire.

Attention : Les prothèses auditives sont prises en charge par l'Assurance maladie à condition qu'elles appartiennent à une catégorie inscrite sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursés.

Votre mutuelle conditionne le remboursement de toute prestation d'audioprothèse à la réception des pièces suivantes :

- La copie de l'ordonnance de prescription des audioprothèses par l'ORL,
- La copie du tracé et du compte rendu du dernier audiogramme réalisé,
- La copie des 2 devis que l'audioprothésiste vous a transmis, l'un des devis doit obligatoirement concerner une aide auditive de classe 1 (offre 100% Santé),
- Tout document jugé nécessaire par la mutuelle pour l'instruction de votre dossier.

Désormais, les aides auditives sont réparties en deux catégories :

- Les aides auditives de classe 1 (offre 100% Santé) : elles permettent aux assurés de prétendre à une offre exonérée de reste à charge.
- Les aides auditives de classe 2 (en dehors du 100% Santé) : ce sont des dispositifs médicaux à prix libres. Ils ne permettent pas de garantir une absence de reste à charge.

Les prestations de suivi qui sont attachées à ces aides auditives sont comprises dans le prix d'achat de l'équipement.

⁽³⁾ Tels que définis réglementairement.

Conditions de renouvellement d'un équipement optique :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 3 décembre 2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement 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 précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

GARANTIE OR300

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et / ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Remboursement d'un verre neutre : Le remboursement d'un verre neutre (sans correction) hors du panier 100% Santé (classe B) se fera à hauteur du remboursement du verre simple.

Définition des types de verres : (au sens de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale) :

- Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
- Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
- Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie, verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

BONUS OPTIQUE: Majoration de +25% de la prise en charge de la monture et majoration de +25% de la prise en charge des verres en cas de non consommation pendant 36 mois consécutifs dans la limite du contrat responsable (La première consommation du bonus optique est appréciée par rapport à l'ancienneté de l'adhérent au sein de la mutuelle).

GARANTIE OR300

⁽⁴⁾ Tels que définis réglementairement et dans la limite du prix de facturation fixé par les textes officiels à la date des soins.

⁽⁵⁾ Tels que définis réglementairement.

Au sujet des garanties dentaires, les remboursements des actes concernés par un dépassement d'honoraires et/ou non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (tels que implants et parodontologie) sont conditionnés par :

- Un accord d'entente préalable du service de Conseil dentaire de la Mutuelle,
- La fourniture éventuelle d'éléments complémentaires (radios pré, per et post-opératoires, bilan parodontal, déclaration de conformité...).

Ces pièces, parties intégrantes de votre dossier médical, peuvent vous être demandées par notre chirurgien-dentiste consultant, garant du secret médical, selon la nature du plan de traitement établi par votre praticien traitant

⁽⁶⁾ La Mutuelle rembourse les frais d'un accompagnant quel qu'il soit pour l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans et d'une personne âgée de plus de 65 ans (ou de plus de 60 ans si elle reconnue invalide), sous réserve que la personne hospitalisée soit membre de la Mutuelle au jour de l'intervention, et à condition que l'hospitalisation ait lieu pour une intervention chirurgicale et sur présentation d'une prescription médicale justifiant l'accompagnement. Il est précisé que l'accompagnant doit séjourner dans l'établissement hospitalier ou dans une structure d'accueil dédiée, et que seuls les frais d'hébergement et de séjour sont pris en charge.

⁽⁷⁾ Sur présentation d'une facture nominative acquittée permettant d'identifier le nom et la qualité du professionnel de santé.

⁽⁸⁾ La prime de naissance ou d'adoption est versée à la naissance de chaque enfant né viable ou en cas d'adoption, et sous condition d'affiliation de l'enfant dans les 3 mois qui suivent l'évènement, avec entrée en vigueur le 1er jour du mois de la naissance ou de l'adoption, sur présentation de tout document justificatif.

⁽⁹⁾ Garantie régie par des conditions générales spécifiques.

GARANTIE 0R300

⁽¹⁰⁾ Soins à l'étranger :

La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, en Corse, ainsi que dans les DROM.

- Cas des sinistres survenus à l'étranger

La garantie du contrat s'étend aux maladies et accidents survenus à l'étranger si les deux conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- si les soins ont été prodigués au cours d'un séjour temporaire de moins de 3 mois hors de la France métropolitaine, de la Corse et des DROM ;
- et, si les soins ont fait l'objet d'une prise en charge par un Régime obligatoire de Sécurité Sociale français, ou par un Régime obligatoire relevant de la Carte européenne dans la zone Union Européenne, Espace Economique Européen, ou en Suisse.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle prend en charge les dépenses exposées :

- à hauteur du ticket modérateur, sur la base du décompte de la Caisse de Régime obligatoire de Sécurité Sociale française, ou de celui du pays dans lequel les soins ont été réalisés ;
- sur présentation de tout justificatif utile au versement de la prise en charge tels que copies du formulaire s3125 de déclaration de soins reçus à l'étranger (destiné au régime de base obligatoire), des ordonnances, de factures diverses acquittées, frais de transport, etc... (liste non exhaustive), ou de toute autre pièce complémentaire demandée par la Mutuelle. La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle intervient dans les limites suivantes :

- S'agissant des **frais d'hospitalisation** à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale française, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera une indemnité de 100 € (cent euros) par journée d'hospitalisation, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1500 € (mille cinq cents euros).
- S'agissant de **frais dentaires** à l'étranger :
 - Si les frais dentaires ont été engagés dans l'un des pays frontaliers suivants (Allemagne, Belgique, Luxembourg, Italie, Espagne), et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, le remboursement de la Mutuelle s'effectuera conformément aux garanties souscrites telles que figurant dans le tableau contractuel des garanties, et ce, toujours dans la limite des frais engagés (application des limites de garanties et des plafonds annuels, le cas échéant).
 - Si les frais dentaires ont été engagés dans un pays non cité précédemment, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle Assureur, cette dernière versera un forfait de 200 € (deux cents euros) par prothèse et/ou implant, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1 000 € (mille euros).
- S'agissant de **frais optiques** à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 € (cents euros) par équipement ou 50 € (cinquante euros) par paire de lentilles, dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.
- S'agissant de **frais d'audioprothèse** à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité Sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 € (cents euros) par prothèse (oreille), dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.

La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

Vous pouvez retrouver l'ensemble de vos contrats et la possibilité de souscription de nouvelles garanties depuis votre espace adhérent <https://mawebmutuelle.fr/>

ASSISTANCE : 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sur simple appel téléphonique.