

VIVACTIV BAD MTS - 2020

APAMAR - BASE + OPTION 2

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : Consultations, Visites		
- Généralistes en parcours de soins, adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
- Généralistes en parcours de soins, non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	180%
- Spécialistes, en parcours de soins, adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	255%
- Spécialistes, en parcours de soins, non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
- Généralistes et spécialistes hors parcours de soins	70%	160%
Honoraires médicaux : actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	180%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	200%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	180%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues		
- Analyses et examens de laboratoire	60%	200%
- Praticiens non conventionnés	70%	85% FR limités à 200% du TA
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins et homéopathie)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccin anti-grippe prescrit (1)	-	Frais réels
- Matériel médical pris en charge par le RO : petit et gros appareillage	60% à 100%	200%
- Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	355%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
- Frais de séjour	80% à 100%	355%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	85% FR limités à 200% du TA
- Frais de séjour	80% à 100%	85% FR limités à 355% du TA
- Forfait journalier hospitalier (2)	-	Frais réels
- Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	4,1% PMSS / jour
- Forfait d'accompagnement de l'enfant (3)	-	2,1% PMSS / jour
- Chambre particulière en maternité	-	4,1% PMSS / jour
- Prime de naissance ou d'adoption (4)	-	250 € / enfant
Optique		
- Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
- Equipements à tarifs libres (5)		
- Verres simples+monture	60%	420€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	550€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	700€ dont 100 € max monture
- Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables) (6)	60%	5,1% PMSS / an
- Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables)	-	6,1% PMSS / an
- Autres prestations optiques 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
- Autres prestations optiques à tarifs libres (7)	60%	100%
- Chirurgie réfractive	-	410 € / oeil / an
Dentaire		
- Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (7)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
- Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)		
- Soins pris en charge par le RO	70%	200%
- Inlay - Onlay, soins avec dépassements	70%	200%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)		
- Prothèses prises en charge par le RO	70%	410%
- Inlay-Core avec ou sans clavette	70%	410%
- Implantologie (8)	-	325 € / implant
- Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	410%
- Forfait orthodontie, parodontologie ou prothèses non prise en charge par le RO	-	610 € / an
Aides auditives		
- Equipements 100% santé (à compter du 01/01/2021) (9)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
- Equipements à tarifs libres (10)	60%	110% + 25% PMSS
Cures thermales		
- Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	200%
- Frais de séjour, voyage et hébergement	-	320 € / cure

VIVACTIV BAD MTS - 2020 (Suite)

APAMAR - BASE + OPTION 2

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Contraception	-	2,6% PMSS / an
Bien-être		
- Pilule contraceptive prescrite	-	150 €
- Médecines douces	-	
- Etiopathe (11)	-	
- Chiropracteur (12)	-	
- Ostéopathe (12)	-	
- Acupuncteur (13)	-	
- Psychologue libéral (12)	-	
- Prothèses capillaires suite à radio/chimiothérapie	-	
- Fournitures et entretien appareillage auditif	-	
- Homéopathie et pharmacie prescrites	-	
- Assistance médicale à la procréation	-	
- Appareillage médical prescrit	-	
- Diététicien	-	
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits	-	
- Pédicure/podologue	-	
- Vaccins prescrits	-	
- Visite annuelle du sport + test d'effort	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui

- MR: Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie, proportion dans laquelle l'Assurance Maladie intervient pour le remboursement des actes médicaux.

- BR : Base de remboursement;

- FR : Frais réels;

- RO : Régime Obligatoire;

- TM : Ticket Modérateur;

- OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins;

- OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique;

- HAM : Hors Alsace-Moselle;

- AM : Alsace-Moselle;

- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;

- SMR : Service Médical Rendu;

- PEC : Pris en charge

- TA : Tarif d'Autorité

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR hors remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sauf pour les forfaits équipements optiques qui incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire.

(1) Non pris en charge par le RO

(2) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Enfant de -18 ans.

(4) Sous réserve de l'affiliation de l'enfant au contrat.

(5) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(6) TM inclus. Au-delà du forfait, remboursement du TM.

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Limités à 4 par an.

(9) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. A compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(10) y/c piles. Forfait annuel par bénéficiaire. Equipements tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. A compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(11) Praticiens recensés dans l'annuaire de l'institut français d'étiopathie.

(12) Inscrit au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer.

(13) Exercé par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste, disposant des diplômes leur permettant de pratiquer ces actes légalement.