

Choix des renforts de remboursement de Frais Santé Extrait des garanties - Surcomplémentaire

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET OBSTÉTRICALE	Renfort La Mutuelle Familiale 1	Renfort La Mutuelle Familiale 2	Renfort La Mutuelle Familiale 3	Renfort La Mutuelle Familiale 4
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux OPTAM/OPTAM-ACO	+ 40% BR	+ 100% BR	+ 100% BR	+ 100% BR
Honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux Hors OPTAM/OPTAM-ACO	+ 100% FR	+ 100% FR	+ 100% FR	+ 100% FR
Chambre particulière (limitée à 90 jours en MCO et 30 Jours en Psychiatrie)	+ 20€/J	+ 30€/J	+ 40€/J	+ 40€/J
Frais de séjour	+ 50% BR	+ 75% BR	+ 150% BR	+ 200% BR
Transport	+ 50% BR	+ 75% BR	+ 150% BR	+ 200% BR
Frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans	+ 20€/J	+ 30€/J	+ 40€/J	+ 40€/J
PHARMACIE				
Médicaments, vaccins ou homéopathie prescrits par un médecin, non remboursés par la S.S	+ 80€ / an	+ 80€ / an	+ 100€ / an	+ 100€ / an
SOINS COURANTS				
Consultations et visites de généralistes OPTAM/OPTAM-CO	+ 40% BR	+ 70% BR	+ 80% BR	+ 100% BR
Consultations et visites de spécialistes et neuropsychiatres Hors OPTAM/OPTAM-CO	+ 70% BR	+ 100% BR	+ 150% BR	+ 225% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	+ 20% BR	+ 30% BR	+ 40% BR	+ 50% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	+ 80% BR	+ 80% BR	+ 120% BR	+ 150% BR
Analyses médicales et travaux de laboratoire	+ 100% BR	+ 120% BR	+ 150% BR	+ 150% BR
Imagerie médicale	+ 20% BR	+ 35% BR	+ 80% BR	+ 100% BR
OPTIQUE				
Forfait supplémentaire adulte par verre ou lentille prescrit et remboursé par le RO (Forfait 2 verres ou 2 lunettes tous les 2 ans*)	+ 80 €	+ 100 €	+ 160 €	+ 160 €
Forfait supplémentaire enfant par verre ou lentille prescrit et remboursé par le RO (Forfait 2 verres ou 2 lunettes tous les 2 ans*)	+ 60 €	+ 80 €	+ 120 €	+ 120 €
Chirurgie réfractive (par oeil/bénéficiaire/an)	+ 100 €	+ 100 €	+ 200 €	+ 250 €
DENTAIRE				
Prothèses dentaires (Dents du sourire) remboursées par le RO	+ 80% BR	+ 120% BR	+ 120% BR	+ 160% BR
Prothèses dentaires (Dents du fond) remboursées par le RO	+ 40% BR	+ 60% BR	+ 80% BR	+ 80% BR
Orthodontie remboursée par la S.S.	+ 40% BR	+ 60% BR	+ 80% BR	+ 80% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO, implantologie, Parandotologie (Limité à 3 forfaits/par an/bénéficiaire)	+ 100 €	+ 150 €	+ 200 €	+ 200 €
APPAREILLAGE				
Grand appareillage et Prothèse auditives (Forfait annuel)	+ 200 €	+ 200 €	+ 200 €	+ 200 €
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES				
Forfait bandelettes d'autosurveillance glycémique (Forfait annuel)	+ 40 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 80 €
Contraception non remboursée (pilules) sur prescription médicale (Forfait annuel)	+ 40 €	+ 60 €	+ 80 €	+ 80 €

En complément de la Sécurité Sociale et du régime complémentaire.

(*) Prise en charge limitée à un équipement optique (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique du bénéficiaire, sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 équipement tous les ans). La part de prise en charge pour la monture dans l'équipement optique ne peut excéder 150 €. (1) Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. (2) Verres simple foyer, dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs. (3) Verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

BR : Base de remboursement de la Séc. Soc. - FR : Frais réels - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-ACO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, pour les médecins exerçant en Anesthésie, Chirurgie et Obstétrique - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale - S.S. : Sécurité sociale.