mutualp

TABLEAU DES GARANTIES
SANTÉ TNS

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.

	STARTER	ACTIVE	EXPERT	PREMIUM	ÉLITE
HOSPITALISATION					
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes DPTAM (1)	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes non DPTAM (1)	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Frais de séjour en secteur conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en secteur non conventionné	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier et Forfait Patient Urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière en médecine, chirurgie et maternité dans la limite de 90 jours/an (1)	-	30€ / jour	45€ / jour	60€ / jour	70€ / jour
Forfait accompagnant - 12 ans et adulte + 70 ans dans la limite de 60 jours /an (1)	-	-	10€ / jour	15€ / jour	20€ / jour
SOINS COURANT					
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes DPTAM (1)	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes non DPTAM (1)	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Radiologie DPTAM (1)	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Radiologie non DPTAM (1)	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR
Dispositif Mon soutien psy (3)	12 séances maximum	12 séances maximum	12 séances maximum	12 séances maximum	12 séances maximum
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	175% BR
Transport remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie et appareillage acceptés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Fauteuils roulants - Offre 100% santé (4)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
DENTAIRES					
Soins et prothèses 100% Santé (5)	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Soins et chirurgie hors 100% santé (offre maîtrisée et offre libre) (5)	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Prothèses dentaires hors 100% santé (offre maîtrisée et offre libre) (5)	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Plafond annuel dentaire pour les soins et prothèses hors 100% santé (1)(6)	-	750€ / an par bénéficiaire	1000€ / an par bénéficiaire	1250€ / an par bénéficiaire	1500€ / an par bénéficiaire
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Forfait annuel implantologie/parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale (1)	-	100€	150€	200€	250€
OPTIQUE					
100% SANTÉ Équipement optique classe A complet (monture et verres)"offre 100% Santé" (7)(8)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Équipements hors 100% santé (verres et/ou monture de classe B) - Tarifs libres (7) :					
Équipement composé d'une monture et de 2 verres simples (a)*	50€	100€	150€	200€	300€
OU Monture avec un verre simple et un complexe (b)*	125€	125€	175€	225€	325€
OU Monture avec un verre simple et un très complexe (c)*	125€	150€	200€	250€	350€
OU Monture avec deux verres complexes (d)*	200€	200€	225€	275€	375€
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe (e)*	200€	225€	250€	300€	400€
OU Monture avec deux verres très complexes (f)*	200€	250€	300€	350€	450€
La prise en charge de la monture dans le forfait est limitée à :	100€	100€	100€	100€	100€
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (1)	100% BR	100% BR + 50€	100% BR + 75€	100% BR + 100€	100% BR + 125€
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (1)	-	50€	75€	100€	125€
Chirurgie réfractive de l'œil (forfait annuel par œil)	-	-	150€	200€	300€

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.

	STARTER	ACTIVE	EXPERT	PREMIUM	ÉLITE
AIDES AUDITIVES					
Equipements 100% Santé - Classe 1 (9)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Equipements hors 100% Santé - Classe 2 - Tarifs libres (1) (8)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
PROTHÈSES CAPILLAIRES					
Prothèse capillaire totale classe 2 - Offre 100% santé (10)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Prothèse capillaire totale classe 1, 3 et 4	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
MÉDECINES DOUCES					
Ostéopathes, chiropracteurs, sophrologues, acupuncteurs, pédicures, diététiciens** (1)	1 séance 40€ / an	20 € / séance 4 séances / an	25 € / séance 4 séances / an	30 € / séance 4 séances / an	40 € / séance 4 séances / an
ASSISTANCE ET SERVICES					
Assistance vie quodienne	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Téléconsultation médicale	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Deuxième avis médical	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée
FR : Frais réels
HLF : Honoraires Limites de Facturation
PLV : Prix Limites de vente
PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale

ASSISTANCE ET SERVICES	
MédecinDirect : télémédecine 24h/24 et 7j/7 au **09 74 59 51 10** ou sur **medecindirect.fr** et appli mobile	Inclus dans votre contrat
Tiers payant	Inclus dans votre contrat
Compte adhérent en ligne	Inclus dans votre contrat

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
a - Verres simples **c -** Verres complexes **f -** Verres très complexes **b -** Verres a & c **d -** Verres a & f **e -** Verres c & f	**a)** verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
	c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
	f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8

Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité sociale ou en Euros. Les taux incluent le remboursement du Régime obligatoire.
* Voir grille optique ci dessus
** Sur présentation de facture acquittée
Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable, ne prennent pas en charge : la participation forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale - les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins - dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical - les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L322.2 du code de la Sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations. (1) L'annualité pour les garanties mentionnant un *(1)* s'apprécie pour chaque bénéficiaire, et se renouvelle chaque année. (2) La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée d'au moins 20% de la BR pour un total maximum de 200% BR. (3) Sur prescription médicale. Psychologues adhérents au Dispositif Mon soutien psy. (4) Tels que définis réglementairement, les fauteuils roulants appartenant à l'offre « 100% Santé » seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. (5) Tels que définis réglementairement, les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre maîtrisée" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. (6) Au-delà de ce plafond, et dans le respect des obligations relatives au panier de soins, les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire seront remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins. (7) Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé". (8) Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limites de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale. (9) Tels que définis réglementairement, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment). (10) Tels que définies réglementairement, les prothèses capillaires appartenant à l'offre « 100% Santé » seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte.