

# MUTA Santé

Tableaux de garanties 2020



Accueil téléphonique personnalisé  
du **lundi au samedi** de **8h à 18h**

0262 **947 700**



# LES GARANTIES



## CONTRAT INDIVIDUEL 2020



### SOINS COURANTS

	SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENTS SÉCURITÉ SOCIALE + MUTA SANTÉ <sup>(1)</sup>			
		S.S. + MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	S.S. + MUTA SANTÉ PRUDENTE	S.S. + MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	S.S. + MUTA SANTÉ PRESTIGE
<b>• HONORAIRES MÉDICAUX COURANTS</b>					
- Honoraires de médecins généralistes (consultations, visites, actes techniques médicaux ....) adhérents à un dispositif de pratique tarifaire (OPTAM/OPTAM-CO) <sup>(2) (3) (4)</sup>	70 %	100 %	150 %	200 %	300 %
- Honoraires de médecins généralistes (consultations, visites, actes techniques médicaux ....) non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire (OPTAM/OPTAM-CO) <sup>(2) (3) (4)</sup>	70 %	100 %	130 %	180 %	200 %
- Honoraires de médecins spécialistes (consultations, visites, actes techniques médicaux ....) adhérents à un dispositif de pratique tarifaire (OPTAM/OPTAM-CO) <sup>(2) (3) (4)</sup>	70 %	100 %	150 %	200 %	300 %
- Honoraires de médecins spécialistes (consultations, visites, actes techniques médicaux ....) non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire (OPTAM/OPTAM-CO) <sup>(2) (3) (4)</sup>	70 %	100 %	130 %	180 %	200 %
- Radiologie et actes d'imagerie médicale de médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire (OPTAM/OPTAM-CO) <sup>(2) (3) (4)</sup>	70 %	100 %	150 %	200 %	300 %
- Radiologie et actes d'imagerie médicale de médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire (OPTAM/OPTAM-CO) <sup>(2) (3) (4)</sup>	70 %	100 %	130 %	180 %	200 %
<b>• HONORAIRES PARA-MÉDICAUX</b>					
- Auxiliaires médicaux <sup>(5) (6)</sup>	60 %	100 %	150 %	200 %	300 %
- Frais de transport remboursés par la sécurité sociale <sup>(6)</sup>	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>• ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES</b>					
- Analyses et examens de biologie médicale réalisés en laboratoire <sup>(2)</sup>	60 %	100 %	150 %	200 %	300 %
<b>• MÉDICAMENTS</b>					
- Médicaments remboursables <sup>(6)</sup>	15 à 65 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Pillule contraceptive non remboursée <sup>(7)</sup>	-	-	40 €	60 €	100 €
<b>• MATÉRIEL MÉDICAL</b>					
- Petit appareillage <sup>(8)</sup>	60 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Grand appareillage <sup>(8)</sup>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
- Orthopédique <sup>(9)</sup>	60 %	100 %	150 %	200 %	300 %

### OPTIQUE

	SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENTS SÉCURITÉ SOCIALE + MUTA SANTÉ <sup>(1)</sup>			
		S.S. + MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	S.S. + MUTA SANTÉ PRUDENTE	S.S. + MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	S.S. + MUTA SANTÉ PRESTIGE
<b>• ÉQUIPEMENTS ET PRESTATIONS 100% SANTÉ</b>					
- Équipement optique de classe A (Sélection de verres et une monture d'une valeur de 30€ max.) équipement 100 % Santé <sup>(10) (14)</sup> 	60 %	<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b> <small>2 VERRES + MONTURE D'UNE VALEUR DE 30 € MAX.</small>			
- Prestation d'appairage, équipement 100 % Santé <sup>(15)</sup> 		<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>			
- Prestation d'adaptation de la correction visuelle de classe A <sup>(16)</sup>		100 %	100 %	100 %	100 %

**OPTIQUE**

• **AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUE**

	SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENTS SÉCURITÉ SOCIALE + MUTA SANTÉ <sup>(1)</sup>			
		S.S. + MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	S.S. + MUTA SANTÉ PRUDENTE	S.S. + MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	S.S. + MUTA SANTÉ PRESTIGE
- Equipement simple optique de classe B (monture + 2 verres) <sup>(11)(12)(14)</sup>	60 %	50 € +100 %	50 € +100 %	50 € +100 %	50 € +100 %
- Equipement optique mixte simple à complexe de classe B (monture + 2 verres) <sup>(11)(12)(14)</sup>	60 %	125 € +100 %	125 € +100 %	125 € +100 %	125 € +100 %
- Equipement optique mixte simple et très complexe de classe B (monture + 2 verres) <sup>(11)(12)(14)</sup>	60 %	200 € +100 %	200 € +100 %	200 € +100 %	200 € +100 %
- Equipement optique complexe ou très complexe ou mixte complexe/très complexe de classe B (monture + 2 verres) <sup>(11)(12)(14)</sup>	60 %	200 € +100 %	200 € +100 %	200 € +100 %	200 € +100 %
- Equipement simple optique de classe B (monture + 2 verres) chez les opticiens agréés MUTA <sup>(11)(12)(14)</sup>	60 %	95 € +100 %			
- Equipement optique mixte simple à complexe de classe B chez les opticiens agréés MUTA (monture + 2 verres) <sup>(11)(12)(14)</sup>	60 %	160 € +100 %			
- Equipement optique mixte simple et très complexe de classe B chez les opticiens agréés MUTA (monture + 2 verres) <sup>(11)(12)(14)</sup>	60 %	225 € +100 %			
- Equipement optique complexe ou très complexe ou mixte complexe/très complexe de classe B chez les opticiens agréés MUTA (monture + 2 verres) <sup>(11)(12)(14)</sup>	60 %	225 € +100 %			
- Equipement optique de classe B avec <b>OFFRE TRIANGLE</b> uniquement chez les opticiens agréés MUTA, toutes corrections comprises (monture + verres) <sup>(12)(13)(14)</sup>	60 %	NC			
- Prestation d'adaptation de la correction visuelle de classe B <sup>(16)</sup>	-	100 %	100 %	100 %	100 %

**0€**  
DE RESTE À CHARGE  
QUELLES QUE SOIENT  
LA MONTURE ET  
LA CORRECTION



RAC : RESTE À CHARGE - NC : NON CONCERNÉ

• **LENTILLES**

- Lentilles remboursées par la sécurité sociale chez les opticiens agréés MUTA <sup>(17)</sup>	60 %	2x40 € + 100 %	2x100 € + 100 %	2x150 € + 100 %	2x200 € + 100 %
- Lentilles remboursées par la sécurité sociale chez les autres centres optique <sup>(17)</sup>	60 %	100 %	2x69 € + 100 %	2x80 € + 100 %	2x100 € + 100 %
- Lentilles refusées par la sécurité sociale chez les opticiens agréés MUTA <sup>(17)</sup>	-	-	2x75 €	2x100 €	2x125 €

**DENTAIRE**

• **SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ**

	SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENTS SÉCURITÉ SOCIALE + MUTA SANTÉ <sup>(1)</sup>			
		S.S. + MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	S.S. + MUTA SANTÉ PRUDENTE	S.S. + MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	S.S. + MUTA SANTÉ PRESTIGE
- Soins et prothèses 100 % Santé <sup>(18)</sup>	70 %	<b>0€ À PAYER SUR UNE SÉLECTION D'ACTES</b>			

RAC : RESTE À CHARGE

• **SOINS**

- Soins (conservateurs, chirurgicaux ou de prévention) <sup>(19)</sup>	70 %	100 %	150 %	200 %	300 %
------------------------------------------------------------------------	------	-------	-------	-------	-------

• **PROTHÈSES**

- Prothèses avec reste à charge maîtrisé <sup>(20)(21)(23)</sup>	70 %	100 %	200 %	300 %	400 %
- Prothèses à prix libres <sup>(21)(22)(23)</sup>	70 %	100 %	200 %	300 %	400 %
- INLAY/ONLAY <sup>(21)(22)(23)</sup>	70 %	100 %	100 %	100 %	100 %

• **AUTRES DENTAIRE**

- Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	100 %	100 %	150 %	200 %	300 %
------------------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------



## AIDE AUDITIVE

### • ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ

- Aide auditive de classe 1 par oreille (**Équipement 100 % santé**) <sup>(24)</sup>
- Aide auditive de classe 1 par oreille : forfait supplémentaire par appareil chez les audioprothésistes agréés MUTA <sup>(25)</sup>



SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENTS SÉCURITÉ SOCIALE + MUTA SANTÉ <sup>(1)</sup>			
Remboursement Sécurité Sociale	S.S. + MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	S.S. + MUTA SANTÉ PRUDENTE	S.S. + MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	S.S. + MUTA SANTÉ PRESTIGE
60 %	100 %	150 %	200 %	300 %
-	-	150% + 750 € max.	200% + 750 € max.	300% + 750 € max.
<b>0 € SUR UNE SÉLECTION D'ÉQUIPEMENTS</b>				

### • AUTRES ÉQUIPEMENTS

- Aide auditive de classe 2 par oreille : forfait supplémentaire par appareil chez les Audioprothésistes Agréés MUTA <sup>(25)</sup>



SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENTS SÉCURITÉ SOCIALE + MUTA SANTÉ <sup>(1)</sup>			
Remboursement Sécurité Sociale	S.S. + MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	S.S. + MUTA SANTÉ PRUDENTE	S.S. + MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	S.S. + MUTA SANTÉ PRESTIGE
-	NC	150% + 750 € max.	200% + 750 € max.	300% + 750 € max.
<b>0 € SUR UNE SÉLECTION D'ÉQUIPEMENTS</b>				
60 %	100 %	150 %	200 %	300 %
60 %	100 %	100 %	100 %	100 %

- Aide auditive de Classe 2 par oreille Audioprothésiste non agréé MUTA <sup>(25)</sup>

- Entretien, piles et accessoires <sup>(25)</sup>

RAC : RESTE À CHARGE - NC : NON CONCERNÉ

## HOSPITALISATION

### • FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

- Forfait journalier hospitalier <sup>(26)</sup>

SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENTS SÉCURITÉ SOCIALE + MUTA SANTÉ <sup>(1)</sup>			
Remboursement Sécurité Sociale	S.S. + MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	S.S. + MUTA SANTÉ PRUDENTE	S.S. + MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	S.S. + MUTA SANTÉ PRESTIGE
-	illimité	illimité	illimité	illimité

### • HONORAIRES HOSPITALIERS

- Honoraires des praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) <sup>(4)</sup>
- Honoraires des praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) <sup>(4)</sup>

80 %	100 %	100 %	200 %	300 %
80 %	100 %	100 %	180 %	200 %

### • AUTRES

- Chambre particulière <sup>(27)</sup>
- Chambre pour un accompagnant d'un enfant de -14 ans <sup>(27)</sup>
- Forfait cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale

-	-	23 € par jour	intégrale	intégrale
-	-	30 € par jour	30 € par jour	30 € par jour
-	-	-	92 €	300 €

## ACTES DE PRÉVENTION

- Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale (dépistage, vaccination, etc...)
- Dépistage des troubles de l'audition, une fois tous les 5 ans (+ 50 ans)
- Patches anti-tabac, Substituts nicotiniques <sup>(28)</sup>
- Médecines Naturelles (diététique, ostéopathie, etc...) <sup>(28) (29)</sup>

SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENTS SÉCURITÉ SOCIALE + MUTA SANTÉ <sup>(1)</sup>			
Remboursement Sécurité Sociale	S.S. + MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	S.S. + MUTA SANTÉ PRUDENTE	S.S. + MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	S.S. + MUTA SANTÉ PRESTIGE
-	100 %	100 %	100 %	100 %
-	100 %	100 %	100 %	100 %
-	50 €	50 €	50 €	50 €
-	-	100 €	150 €	200 €

## FONDS SOCIAL ET ALLOCATIONS MUTA

- Aide exceptionnelle en cas de coup dur <sup>(30)</sup>
- Allocation Voyages <sup>(31)</sup>
- Allocation Maternité <sup>(32)</sup>

SÉCURITÉ SOCIALE	REMBOURSEMENTS SÉCURITÉ SOCIALE + MUTA SANTÉ <sup>(1)</sup>			
Remboursement Sécurité Sociale	S.S. + MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	S.S. + MUTA SANTÉ PRUDENTE	S.S. + MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	S.S. + MUTA SANTÉ PRESTIGE
-	300 €	300 €	300 €	300 €
-	de 8 à 32 €	de 8 à 32 €	de 8 à 32 €	de 8 à 32 €
-	-	120 €	160 €	400 €

# EXEMPLES CONCRETS\*

\* : Pas de valeur contractuelle.



## SOINS COURANTS

	TARIF MOYEN	Remboursement Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS MUTA SANTÉ (1)			
			MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	MUTA SANTÉ PRUDENTE	MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	MUTA SANTÉ PRESTIGE
• Consultation d'un médecin traitant généraliste adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire (OPTAM/OPTAM-CO)	29,60 € RAC : 8,88 €	20,72 € 8,88 €	8,88 €	8,88 €	8,88 €	8,88 €
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						
• Consultation d'un médecin spécialiste en cardiologie adhérent à un dispositif de pratique tarifaire, sans dépassement d'honoraires (OPTAM/OPTAM-CO)	58 € RAC : 17,40 €	40,60 € 17,40 €	17,40 €	17,40 €	17,40 €	17,40 €
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						
• Consultation d'un médecin spécialiste en cardiologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés et adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)	80 € RAC : 39,40 €	40,60 € 39,40 €	17,40 € 22 €	39,40 €	39,40 €	39,40 €
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						
• Consultation d'un médecin spécialiste en cardiologie avec dépassement d'honoraires non maîtrisés et n'adhérent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)	100 € RAC : 59,40 €	40,60 € 59,40 €	17,40 € 42 €	34,80 € 24,60 €	59,40 €	59,40 €
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						

RAC : RESTE À CHARGE

## OPTIQUE

	TARIF MOYEN	Remboursement Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS MUTA SANTÉ			
			MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	MUTA SANTÉ PRUDENTE	MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	MUTA SANTÉ PRESTIGE
• <b>OFFRE TRIANGLE</b> uniquement chez les opticiens agréés MUTA - Monture de marques + verres unifocaux <b>ESSILOR</b>	322 € RAC :	0,11 €	NC	Forfait	Forfait	Forfait
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						
• Équipement 100% Santé - classe A Monture : 30€ max. + verres unifocaux	125,00 € RAC : 104,48 €	20,52 € 104,48 €	104,48 €	104,48 €	104,48 €	104,48 €
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						
• Équipement optique de classe B, monture + 2 verres unifocaux, chez les autres opticiens non agréés MUTA	345 € RAC : 344,89 €	0,11 € 344,89 €	50,07 € 294,82 €	50,07 € 294,82 €	50,07 € 294,82 €	50,07 € 294,82 €
• Lentilles remboursées par la sécurité sociale chez les opticiens agréés MUTA (Exemple : une paire de lentilles non jetables)	400 € RAC : 343,14 €	56,86 € 343,14 €	117,90 € 225,24 €	237,90 € 105,24 €	337,90 € 5,24 €	343,14 € <b>0 € DE RAC</b>

RAC : RESTE À CHARGE - NC : NON CONCERNÉ

## DENTAIRE

	TARIF MOYEN	Remboursement Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS MUTA SANTÉ			
			MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	MUTA SANTÉ PRUDENTE	MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	MUTA SANTÉ PRESTIGE
- Détartrage	28,92 € RAC : 8,68 €	20,24 € 8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €	8,68 €
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						
- Couronne céramo-métallique sur incisive, canines et premières pré-molaires ( <b>prothèses 100 % santé</b> )	500 € RAC : 424,75 €	75,25 € 424,75 €	424,75 €	424,75 €	424,75 €	424,75 €
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						
- Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaire	538,70 € RAC : 463,45 €	75,25 € 463,45 €	32,25 € 431,20 €	139,75 € 323,70 €	247,25 € 216,20 €	354,75 € 108,70 €
- Couronne céramo-métallique sur molaire	538,70 € RAC : 463,45 €	75,25 € 463,45 €	32,25 € 431,20 €	139,75 € 323,70 €	247,25 € 216,20 €	354,75 € 108,70 €

RAC : RESTE À CHARGE

## HOSPITALISATION

	TARIF MOYEN	Remboursement Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS MUTA SANTÉ			
			MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	MUTA SANTÉ PRUDENTE	MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	MUTA SANTÉ PRESTIGE
- Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale	355 € RAC : 138,12 €	216,88 € 138,12 €	54,22 € 83,90 €	54,22 € 83,90 €	138,12 €	138,12 €
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						
- Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres n'adhérent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)	431 € RAC : 214,12 €	216,88 € 214,12 €	54,22 € 159,90 €	54,22 € 159,90 €	204,12 €	204,12 €
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						
- Forfait journalier hospitalier court séjour	20 € RAC : - 20 €	- 20 €	20 €	20 €	20 €	20 €
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						

RAC : RESTE À CHARGE

## AIDES AUDITIVES

	TARIF MOYEN	Remboursement Sécurité Sociale	REMBOURSEMENTS MUTA SANTÉ			
			MUTA SANTÉ ESSENTIELLE	MUTA SANTÉ PRUDENTE	MUTA SANTÉ PLÉNITUDE	MUTA SANTÉ PRESTIGE
- Aide auditive de classe 2 par oreille : forfait supplémentaire par appareil chez les Audioprothésistes Agréés MUTA	1 380 € RAC : 1 128 €	252 € 1 128 €	168 € 960 €	1 128 €	1 128 € (1)	1 128 € (2)
<b>0 € DE RESTE À CHARGE</b>						
- Aide auditive de classe 1 par oreille (Équipement 100 % Santé) - Audioprothésiste non agréé MUTA	1 100 € RAC : 848 €	252 € 848 €	168 € 680 €	378 € 470 €	588 € 260 €	1 008 € <b>0 € DE RAC</b>
- Aide auditive de classe 2 par oreille Audioprothésiste non agréé MUTA	1 380 € RAC : 1 128 €	252 € 1 128 €	168 € 960 €	378 € 750 €	588 € 540 €	1 008 € 120 €

RAC : RESTE À CHARGE

(1) - Possibilité de monter en gamme jusqu'à 1590 €

(2) - Possibilité de monter en gamme jusqu'à 2 010 €

## RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation ou litiges, le Membre participant adresse une lettre précisant son numéro de Membre participant et la nature de la réclamation, à :

**Mutualité de la Réunion**  
Service Qualité Relation Adhérents  
14, boulevard Doret - BP 340  
97 467 Saint-Denis Cedex

La Mutuelle rend un avis motivé dans un délai maximum de deux mois.

Si un différend éventuel persiste ou que la réponse apportée ne vous convient pas, le Membre participant peut également contacter l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4, Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09 - Tél.: 01 49 95 40 00 / fax : 01 49 95 50 51.

## MÉDIATION

Le service de médiation fédéral peut être saisi à tout moment, mais nous recommandons sa saisine si à l'issue de la procédure de réclamation aucune difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation du présent règlement et si le Membre participant n'a pas encore saisi les tribunaux.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser, sous pli recommandé avec accusé de réception, à : Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Valenciennes 75719 Paris Cedex 15.

Le médiateur fédéral peut également être interpellé par voie électronique à l'adresse mail "mediation@mutualite.fr".

Vous devez joindre une preuve de la réclamation formulée auprès de la Mutuelle. La demande auprès du médiateur doit être réalisée dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle.

La médiation est organisée conformément aux articles 7 et 72 des statuts de la Mutualité Française et au règlement de la médiation fédérale.

L'avis des médiateurs ne préjuge pas des droits du Membre participant et de la Mutuelle d'initier une action en justice.

1. MUTA santé est un contrat responsable. A ce titre, le contrat responsable doit respecter un cahier des charges strict ; notamment le contrat responsable ne doit pas prendre en charge la participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales, la majoration de la participation de l'assuré en cas de non respect du parcours de soins. En contrepartie, il garantit le remboursement à minima de certaines dépenses de santé.

MUTA santé respecte également le dispositif 100 % Santé. 100 % santé est un dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires intégralement remboursées par l'assurance maladie et la complémentaire santé, donc sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

2. La participation forfaitaire n'est pas remboursée. La participation forfaitaire s'élève à 1 € et concerne les personnes âgées de 18 ans et plus. Elle s'applique pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Elle a été mise en place par l'assurance maladie pour préserver notre système de santé.

3. Un parcours de soins est dit coordonné (parcours de soins respecté) lorsque c'est votre médecin traitant qui vous oriente vers un autre professionnel de santé. La consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste hors parcours de soins est remboursée à 50 % par la Sécurité sociale ; les pénalités de remboursement appliquées par

la Sécurité sociale ne sont pas prises en charge. Les dépassements d'honoraires hors parcours de soins ne sont pas totalement remboursés, une franchise de 8 € est non remboursable.

4. Les dispositifs de l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) conditionnent le niveau de prise en charge de vos consultations chez un médecin de secteur 2 lorsqu'il pratique des dépassements d'honoraires. En effet, les remboursements des dépassements d'honoraires par la mutuelle sont limités si votre médecin n'est pas adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, et sont donc moins bien remboursés par votre mutuelle. Pour savoir si un médecin est signataire de l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, rendez-vous sur l'annuaire santé de l'Assurance maladie. Vous pourrez y trouver les médecins qui pratiquent la spécialité que vous recherchez selon le secteur géographique, et vérifier s'ils sont signataires de l'OPTAM. L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est destinée aux médecins spécialistes de secteur 2, l'option pratique tarifaire maîtrisée est applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique (OPTAM-CO) de secteur 2.

5. Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées.

6. Les franchises (somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires) ne sont pas prises en charge. La franchise médicale est de 0,50 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;

0,50 € par acte paramédical ; 2 € par transport sanitaire. Elle est plafonnée à 50 euros par an, au total. En cas de tiers payant, si vous ne réglez pas vos médicaments ou vos soins, la franchise médicale sera déduite ultérieurement par votre caisse d'assurance maladie lors d'un prochain remboursement quel qu'il soit (consultations, soins, examens radiologiques, actes infirmiers, transports...) pour vous-même ou l'un de vos ayants droit (enfant, conjoint...).

7. Limité à un forfait annuel par bénéficiaire et sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée.

8. Le matériel médical pris en charge par la Sécurité Sociale dispose d'un code LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables) et d'une base de remboursement. Le petit appareillage est un dispositif matériel permettant de compenser une fonction organique déficiente. Quelques exemples de petits appareillages : bandages, cheville, semelles amovibles sur mesures, chaussures thérapeutiques, bas de contention, ceinture de soutien lombaire, collier cervical, attelles... On appelle grand appareillage les véhicules pour handicapés physiques, les prothèses oculaires et faciales et les orthoprothèses.

9. Si l'orthèse (petit appareillage : semelle) relève d'une pratique sportive (remboursement effectué sur facture acquittée), le remboursement se fait dans la limite de 100 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale (TRSS). Le tarif de responsabilité correspond à la base tarifaire retenue par l'Assurance maladie pour les différentes prestations de santé ; c'est sur ce montant qu'elle calcule son niveau de remboursement.

10. Tels que définis réglementairement. Prise en charge intégrale, dans la limite du prix de vente imposé sur la monture (30 €) et les verres en fonction de la correction et du type de verres (les verres sont amincis, anti-reflet et anti-rayures). Choix de montures limités (au minimum 17 modèles différents de montures adultes en deux coloris différents et 10 modèles de montures enfants en deux coloris également doivent être proposés par l'opticien). Il n'y a aucun reste à charge pour l'adhérent. Cette prestation intègre

la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre.

11. Tels que définis réglementairement. Plafonds de prise en charge à respecter. Le niveau de remboursement correspond au plancher de prise en charge obligatoire et diffère selon la correction mesurée en dioptries et le type de verres.

• Equipement simple (a) :  
\* équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;  
\* équipement à verre 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 ;  
\* équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

• Equipement complexe (b) :  
\* équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;  
\* équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;  
\* équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 0,25 dioptrie ;  
\* équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;  
\* équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;  
\* équipement à 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 ;  
\* équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

• Equipement très complexe (c) :  
\* équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;  
\* équipement à 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 ;  
\* équipement à 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 ;  
\* équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

• Equipement mixte complexe et très complexe : équipement associant un verre de type équipement complexe (b) à un verre de type très complexe (c)

• Equipement mixte : équipement comportant un verre de type équipement simple (a) associé à un verre de type équipement complexe (b) ou très complexe (c).

L'adhérent est susceptible d'avoir un reste à charge. Votre opticien doit vous établir un devis qui vous permettra de connaître précisément le montant de votre reste à charge.

12. La monture est remboursée dans la limite de 100 €.

13. Offre triangle (une paire de lunettes tous les 2 ans et par bénéficiaire) remboursée forfaitairement 260 € +100 € jusqu'au 31 décembre 2019, puis 265 € +100 € pour un équipement composé de verres unifocaux et 300 € + 100% pour un équipement composé de verres progressifs à compter du 1er janvier 2020. L'adhérent n'a aucun reste à charge quelque soit la correction visuelle et quelque soit la monture, choisie en magasin.

14. Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à partir de 16 ans. Toutefois, pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue ou des raisons médicales, elle s'applique par période d'un an.

15. Dans les cas où un patient aurait besoin d'une paire de lunettes avec deux types de verres 100% santé différents (indice de réfraction différent ou type de verres différents), une prestation d'appairage des verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture. Cette prestation spécifique peut alors être facturée par l'opticien. Cette prestation connaît un prix limite de vente qui varie, selon le niveau d'appairage à réaliser, de 5 à 15 €. Lorsqu'un équipement 100% Santé sera choisi, cette prestation sera intégralement prise en charge.

16. L'opticien peut adapter la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance. Cette prestation ne peut excéder 10 € pour les équipements de classe A et 0,05 € pour les équipements de classe B (0,06 centimes d'euros dans les DOM).

17. Limités à 2 forfaits non reportables, par année civile et par bénéficiaire

18. Tels que définis réglementairement. Prise en charge à hauteur des frais exposés par l'adhérent en sus du tarif de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation plafonnés. Tous les actes prothétiques ne sont pas pris en charge dans le cadre de cette prestation. Le nombre d'actes prothétiques pris en charge augmente en fonction du déploiement de la réforme 100 % santé : 14 actes en 2020, 47 actes en 2021 et 57 actes en 2022. Il n'y a aucun reste à charge pour l'adhérent sur les actes concernés. Votre dentiste doit vous établir un devis qui vous permettra de connaître précisément le montant de votre reste à charge éventuel.

19. Les soins dentaires comprennent les soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.). Ils sont pris en charge par l'Assurance Maladie s'ils figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursés à 70 % sur la base de tarifs conventionnels. Des dépassements d'honoraires sont possibles dans certains cas.

20. Tels que définis réglementairement. Prise en charge à hauteur des frais exposés par l'adhérent en plus du tarif de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation plafonnés. Tous les actes prothétiques ne sont pas pris en charge dans le cadre de cette prestation. L'adhérent est susceptible d'avoir un reste à charge.

21. Prothèses acceptées par la sécurité sociale.

22. Tels que définis réglementairement. Prise en charge à hauteur des frais exposés par l'adhérent en sus du tarif de responsabilité. L'adhérent est susceptible d'avoir un reste à charge.

23. Plafond 1<sup>ère</sup> année d'adhésion dans la limite de 100 % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale), à partir de la 2<sup>e</sup> année 200 % du PMSS. Prise en charge du ticket modérateur (partie qui reste à la charge de l'adhérent après le remboursement de la sécurité sociale) au delà du plafond.

24. Tels que définis réglementairement. Avant la date du 1<sup>er</sup> janvier 2021, la prise en charge de ce type d'équipement s'effectuera à hauteur de la garantie prévue pour une aide auditive de classe 2, dans la limite des prix de vente tels que fixés réglementairement (1300 € en 2019, 1100 € en 2020 et 950 € en 2021 pour les patients de plus de 20 ans ; 1400 € sur les trois années pour les patients de moins de 20 ans). La prise en charge d'une aide auditive ne peut être renouvelée avant 4 ans. Aucun reste à charge pour l'adhérent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

25. Tels que définis réglementairement. Les prix de vente sont encadrés pour les équipements de classe 1 et libres pour les équipements de classe 2. La prise en charge par aide auditive ne peut dépasser 1700 euros (incluant le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur) pour les équipements de classe 2. En cas de recours au forfait supplémentaire chez les auditions mutualistes, le remboursement de l'assurance obligatoire et du ticket modérateur ajouté au forfait ne peut être supérieur au maximum de remboursement tel que prévu réglementairement. L'adhérent est susceptible d'avoir un reste à charge. Piles : les remboursements sont limités par année et par appareil auditif à 10 paquets pour les piles sans mercure 10 ou équivalent, 7 paquets pour les piles sans mercure 312-marron ou équivalent, 5 paquets pour les piles sans mercure 13-orange ou équivalent, 3 paquets pour les piles sans mercure 675-bleue ou équivalent. Les tarifs sont encadrés et définis par paquet.

26. Forfait journalier : conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, la prise en charge du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale est pris en charge dans son intégralité, exception faite des établissements médicaux sociaux tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Dépendantes (EHPAD). Toutefois, les centres de rééducation nutritionnelle sont pris en charge. Le forfait journalier est une participation financière demandée au patient hospitalisé pour l'hébergement, l'entretien et la restauration liés à son hospitalisation.

27. Après un délai d'attente de trente jours à compter de la date d'ouverture des droits aux prestations. Limité à 30 jours par année civile en hôpital psychiatrique, en maison de convalescence, en centre de rééducation fonctionnelle, en centre de réadaptation fonctionnelle et en centre de rééducation nutritionnelle.

28. Limité à un forfait annuel par bénéficiaire et sur présentation de l'ordonnance et de la facture acquittée.

29. Acupuncture, Chiropractie, Ostéopathie, Micro Kinésithérapie et Diététicienne. Tiers payant chez notre partenaire diététique Mutaforme pour un suivi diététique (Saint-Pierre et Saint-Denis).

30. MUTA santé peut vous accorder une aide en cas de coup dur lié à une problématique de santé, après avis de la Commission du Fonds Social et dans la limite des crédits budgétaires annuels. L'aide se fait uniquement sur facture acquittée et est fonction du montant dépensé. En tous les cas, elle ne peut dépasser 300 € par an.

31. MUTA santé peut vous accorder une participation à l'achat d'un billet d'avion chez les partenaires voyage de MUTA, dans la limite des crédits budgétaires annuels validés en Conseil d'Administration. La participation est de 16 € par adulte et 8 € par enfant pour un voyage Réunion/Maurice ou Rodrigues et de 32 € par adulte et 16 € par enfant pour toutes les autres destinations. Le billet d'avion doit obligatoirement être acheté chez les partenaires voyage de MUTA.

32. Prime accordée sous réserve de la solliciter avant le premier anniversaire de l'enfant. L'enfant doit être inscrit sur le contrat dans les deux mois suivant sa naissance.

