

# Pack Essentiel

Régime général

## Vos prestations

Les prestations des différents niveaux ci-dessous comprennent celles versées par le Régime Obligatoire et ne peuvent en aucun cas excéder les frais réellement engagés. Elles s'appliquent lorsque l'Assuré respecte le parcours de soins coordonnés.

	Régime Obligatoire en % de la BR <sup>(*)</sup>	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
<b>HOSPITALISATION</b>					
Frais de séjour, hébergement et ambulatoires	80% ou 100% <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (hors EHPAD <sup>(*)</sup> et MAS <sup>(*)</sup> )	Néant	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
Franchise sur les actes lourds	Néant	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	80% ou 100% <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%	150%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	80% ou 100% <sup>(1)</sup>	100%	100%	100%	200%
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans, dans la limite de 10 jours par séjour)	Néant	-	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Chambre particulière (dans la limite de 15 jours par année civile)	Néant	-	45 € / jour	65 € / jour	65 € / jour
Transports sanitaires pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	65%	100%	100%	100%	100%
<b>Maternité</b>					
- Accouchement	100%	100%	100%	100%	100%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	150%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	200%
Interruption Volontaire de Grossesse	100%	100%	100%	100%	100%
<b>SOINS COURANTS</b>					
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	70%	100%	100%	100%	150%
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	70%	100%	100%	100%	200%
Radiologie et échographie	70%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	60%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	entre 15% et 65%	100%	100%	100%	100%
<b>OPTIQUE</b> Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO <sup>(*)</sup> et Ticket Modérateur inclus					
<i>Limité à 1 forfait tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de changement de dioptries. Participation maximale de 150 € sur la monture. Ce forfait s'entend pour tous les équipements en fonction de la correction, y compris les équipements «100% Santé» proposés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020<sup>(2)</sup>.</i>					
Équipement monture et 2 verres simples	60%	100%	100 €	150 €	150 €
Équipement monture et 2 verres complexes (ou 2 verres très complexes)	60%	100%	200 €	350 €	350 €
Équipement monture et 1 verre simple / 1 verre complexe (ou 1 verre très complexe)	60%	100%	150 €	250 €	250 €
Suppléments pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	60%	100%	100%	100%	100%
Lentilles prises en charge ou non par le RO <sup>(*)</sup> (forfait par année civile et par bénéficiaire)	60% ou néant	100%	100 €	100 €	100 €
<b>DENTAIRE</b>					
Soins pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	70%	100%	100%	100%	100%
Orthodontie prise en charge par le RO <sup>(*)</sup>	70% ou 100% <sup>(1)</sup>	125%	225%	300%	300%
Prothèses et implantologie prises en charge par le RO <sup>(*)</sup> y compris les équipements «100% Santé» proposés à compter du 01/01/2020 <sup>(2)</sup>	70%	125%	225%	300%	300%
<b>AIDES AUDITIVES</b> Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO <sup>(*)</sup> et Ticket Modérateur inclus					
Aides auditives (toutes classes y compris «100% Santé» à compter du 01/01/2021 <sup>(2)</sup> )	60%	100%	100%	450 € / oreille (minimum 100% BR <sup>(1)</sup> )	450 € / oreille (minimum 100% BR <sup>(1)</sup> )
Suppléments pris en charge par le RO <sup>(*)</sup> (dont suivi et piles)	60%	100%	100%	100%	100%
<b>MATERIEL MEDICAL</b>					
Prothèses capillaires, semelles orthopédiques, etc.	60%	100%	100%	100%	100%
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>					
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (Arrêté du 8 juin 2006)	70% ou 100%	100%	100%	100%	100%
Service de Tiers Payant	-	OUI	OUI	OUI	OUI
Service d'accès à des Téléconsultations Médicales gratuites	Néant	OUI	OUI	OUI	OUI
Service Mutuelle Bleue Assistance	Néant	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>PRÉVOYANCE (facultative)</b>					
Protection Hospi		Versement d'une indemnité forfaitaire de 15 € par jour d'hospitalisation			
Protection Accident		Versement d'un capital de 15 000 € en cas de décès accidentel ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, par accident			
Capital Equipement Dépendance / Handicap		Versement d'un capital de 3 000 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap			

<sup>(\*)</sup> BR : Base de Remboursement - EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées - FV : Forfait en vigueur - DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. - RO : Régime Obligatoire

<sup>(1)</sup> En fonction de la nature des soins

<sup>(2)</sup> A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, vous pourrez bénéficier d'équipements «100% Santé» à prix plafonnés : il s'agit d'équipements optiques et d'aides auditives à Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé, ainsi que de soins dentaires prothétiques à Honoraires Limites de Facturation 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, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques. Vous bénéficierez de ces prix réglementés, et serez remboursé(e) dans les conditions fixées dans le Règlement Mutualiste référencé RMPE 003 et dans ce Tableau des garanties, ce qui peut occasionner un éventuel reste-à-charge.

Tous les pourcentages indiqués dans le Tableau correspondent à la Base de Remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et, éventuellement, des dépassements d'honoraires des praticiens.

Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire fixée à ce jour à 1 euro, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux « Régime Obligatoire » étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : ils n'ont pas de valeur contractuelle. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés. Sauf mention contraire spécifiée dans le Tableau, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.



# Pack Essentiel

Régime local Alsace Moselle

## Vos prestations

Les prestations des différents niveaux ci-dessous comprennent celles versées par le Régime Obligatoire et ne peuvent en aucun cas excéder les frais réellement engagés. Elles s'appliquent lorsque l'Assuré respecte le parcours de soins coordonnés.

	Régime Obligatoire en % de la BR <sup>(*)</sup>	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
<b>HOSPITALISATION</b>					
Frais de séjour, hébergement et ambulatoires	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (hors EHPAD <sup>(*)</sup> et MAS <sup>(*)</sup> )	100%	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
Franchise sur les actes lourds	100%	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>	100% du FV <sup>(*)</sup>
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	150%
Honoraires chirurgie / anesthésie (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	200%
Frais accompagnant (enfant de moins de 16 ans, dans la limite de 10 jours par séjour)	Néant	-	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Chambre particulière (dans la limite de 15 jours par année civile)	Néant	-	45 € / jour	65 € / jour	65 € / jour
Transports sanitaires pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Maternité</b>					
- Accouchement	100%	100%	100%	100%	100%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	150%
- Actes d'obstétrique, soins et honoraires (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	100%	100%	100%	100%	200%
Interruption Volontaire de Grossesse	100%	100%	100%	100%	100%
<b>SOINS COURANTS</b>					
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins non-DPTAM <sup>(*)</sup> )	90%	100%	100%	100%	150%
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes : consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie) (médecins DPTAM <sup>(*)</sup> )	90%	100%	100%	100%	200%
Radiologie et échographie	90%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	90%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	90%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	entre 15% et 90%	100%	100%	100%	100%
<b>OPTIQUE</b> Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO <sup>(*)</sup> et Ticket Modérateur inclus					
<i>Limité à 1 forfait tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de changement de dioptries. Participation maximale de 150 € sur la monture. Ce forfait s'entend pour tous les équipements en fonction de la correction, y compris les équipements «100% Santé» proposés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020<sup>(2)</sup>.</i>					
Équipement monture et 2 verres simples	90%	100%	100 €	150 €	150 €
Équipement monture et 2 verres complexes (ou 2 verres très complexes)	90%	100%	200 €	350 €	350 €
Équipement monture et 1 verre simple / 1 verre complexe (ou 1 verre très complexe)	90%	100%	150 €	250 €	250 €
Suppléments pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	90%	100%	100%	100%	100%
Lentilles prises en charge ou non par le RO <sup>(*)</sup> (forfait par année civile et par bénéficiaire)	90% ou néant	100%	100 €	100 €	100 €
<b>DENTAIRE</b>					
Soins pris en charge par le RO <sup>(*)</sup>	90%	100%	100%	100%	100%
Orthodontie prise en charge par le RO <sup>(*)</sup>	100%	125%	225%	300%	300%
Prothèses et implantologie prises en charge par le RO <sup>(*)</sup> y compris les équipements «100% Santé» proposés à compter du 01/01/2020 <sup>(2)</sup>	90%	125%	225%	300%	300%
<b>AIDES AUDITIVES</b> Les forfaits exprimés en Euros s'entendent hors participation du RO <sup>(*)</sup> et Ticket Modérateur inclus					
Aides auditives (toutes classes y compris «100% Santé» à compter du 01/01/2021 <sup>(2)</sup> )	90%	100%	100%	450 € / oreille (minimum 100% BR <sup>(*)</sup> )	450 € / oreille (minimum 100% BR <sup>(*)</sup> )
Suppléments pris en charge par le RO <sup>(*)</sup> (dont suivi et piles)	90%	100%	100%	100%	100%
<b>MATERIEL MEDICAL</b>					
Prothèses capillaires, semelles orthopédiques, etc.	90%	100%	100%	100%	100%
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>					
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (Arrêté du 8 juin 2006)	90% ou 100%	100%	100%	100%	100%
Service de Tiers Payant	-	OUI	OUI	OUI	OUI
Service d'accès à des Téléconsultations Médicales gratuites	Néant	OUI	OUI	OUI	OUI
Service Mutuelle Bleue Assistance	Néant	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>PREVOYANCE (facultative)</b>					
Protection Hospi		Versement d'une indemnité forfaitaire de 15 € par jour d'hospitalisation			
Protection Accident		Versement d'un capital de 15 000 € en cas de décès accidentel ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, par accident			
Capital Equipement Dépendance / Handicap		Versement d'un capital de 3 000 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap			

<sup>(\*)</sup> BR : Base de Remboursement - EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées - FV : Forfait en vigueur - DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirugiens-Obstétriciens, ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. - RO : Régime Obligatoire

<sup>(1)</sup> En fonction de la nature des soins

<sup>(2)</sup> A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, vous pourrez bénéficier d'équipements «100% Santé» à prix plafonnés : il s'agit d'équipements optiques et d'aides auditives à Prix Limites de Vente fixés par le Comité Economique des Produits de Santé, ainsi que de soins dentaires prothétiques à Honoraires Limites de Facturation 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, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques. Vous bénéficierez de ces prix réglementés, et serez remboursé(e) dans les conditions fixées dans le Règlement Mutualiste référencé RMPE 003 et dans ce Tableau des garanties, ce qui peut occasionner un éventuel reste-à-charge.

Tous les pourcentages indiqués dans le Tableau correspondent à la Base de Remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et, éventuellement, des dépassements d'honoraires des praticiens.

Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire fixée à ce jour à 1 euro, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux « Régime Obligatoire » étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : ils n'ont pas de valeur contractuelle. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés. Sauf mention contraire spécifiée dans le Tableau, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.