



Hospitalisation ⁽¹⁾

Hébergement

		Prise en charge illimitée			
Forfait journalier (FJH)					
Frais de séjour	Hôpitaux conventionnés	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Hospitalisation, maladie, chirurgie, maternité, moyen séjour, psychiatrie	Hôpitaux non conventionnés	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière sans limitation de durée					
sauf maison de repos et rééducation fonctionnelle : prise en charge limitée à 89 jours par an et par bénéficiaire - par jour		90 €	130 €	140 €	150 €
Chambre particulière en ambulatoire - par jour		70 €	70 €	70 €	70 €
Chambre particulière en psychiatrie					
prise en charge limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire - par jour		30 €	40 €	50 €	60 €
Forfait actes lourds		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais d'accompagnement pour les personnes âgées de moins de 16 ans et de 65 ans et plus* - par jour		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

*Remboursement des frais d'un accompagnant quel qu'il soit, sous réserve que la personne hospitalisée soit membre participant de la mutuelle ou son ayant droit. Pour les personnes âgées de 65 ans et plus, le remboursement ne peut se faire qu'à condition que l'hospitalisation ait lieu pour une intervention chirurgicale et sur présentation d'une prescription médicale justifiant l'accompagnement. De plus, il est précisé que l'accompagnant doit séjourner dans l'établissement hospitalier ou dans une structure d'accueil dédiée et que seuls les frais d'hébergement et de séjour sont pris en charge.

Honoraires

Honoraires ⁽²⁾	OPTAM / OPTAM CO	150 %	200 %	300 %	400 %
(actes pris en charge par le RO)	Hors OPTAM / OPTAM CO	130 %	180 %	200 %	200 %
Chirurgie, anesthésie, maternité					



Optique

Equipement 100 % Santé et compléments optiques

100 % des Frais Réels : Prise en charge à hauteur des prix limites de vente tels que fixés réglementairement en fonction de la correction. Pour les autres compléments (prismes, système antiptosis, verres iséiconiques), prise en charge à 100 % BR, Régime obligatoire inclus. Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100 % Santé) et de verres appartenant à la classe B réciproquement. Dans ce cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu réglementairement.

Equipement Hors 100 % Santé

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la dernière date d'achat dans la limite du plafond prévu par le contrat responsable (Sauf dans les cas prévus réglementairement et pour les enfants de moins de 16 ans).

Forfait en € ⁽²⁾ ⁽³⁾ (monture + 2 verres) <small>(catégories selon décret n°2019-021 du 11/01/2019)</small>	- à verres unifocaux simples (cat. «a»)	100 €	200 €*	300 €*	350 €*
	- à verres unifocaux complexes (cat. «c»)	200 €*	250 €*	350 €*	400 €*
	- à verres multifocaux complexes (cat. «c»)	250 €*	350 €*	450 €*	550 €*
	- à verres multifocaux très complexes (cat. «f»)	300 €*	400 €*	500 €*	600 €*

*Monture remboursement maximal : 100 € compris dans les forfaits ci-dessus.

En cas d'équipement mixte (verres de corrections différentes), le forfait applicable correspond à la moyenne des deux forfaits figurant au tableau des garanties.

Forfait optique majoré en cas de non consommation, dans la limite du plafond prévu par le contrat responsable

+25 % sur plafond si non consommation dans les 36 mois et +50 % si non consommation dans les 48 mois (le délai pour bénéficier de la majoration est pris en compte à partir de la date d'achat de l'équipement précédent, disposition en vigueur depuis le 01/01/2014)

Compléments Optiques Hors 100 % Santé

Adaptation, Appairage et Autres compléments ⁽²⁾	100 %	100 %	100 %	100 %
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO ⁽²⁾ par an et par bénéficiaire	100 % BR + 100 €	100 % BR + 195 €	100 % BR + 290 €	100 % BR + 325 €
Forfait basse vision par an et par bénéficiaire	-	-	50 €	100 €
Chirurgie réfractive et implant intraoculaire - forfait par œil ⁽²⁾	-	200 €	250 €	300 €



Cure thermique (acceptée par le RO - participation à raison de 2 cures / an / famille)

Soins pris en charge par le RO	100 %	100 %	200 %	200 %
Hébergement (remboursement sur présentation de la facture acquittée et prise en charge administrative, hors transport) - forfait	-	160 €	215 €	220 €

Pour les actes remboursés par la Sécurité Sociale : prise en charge intégrale du TM. Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'OPTAM ainsi que l'ensemble des prestations de cette garantie sont strictement limitées selon les dispositions du contrat responsable.

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / CO : Chirurgien Obstétricien • TM : Ticket Modérateur • BR : Base de Remboursement du Régime Obligatoire • RO : Régime Obligatoire
BRRO : Base de Remboursement du Régime Obligatoire • CAF : Caisse d'Allocations Familiales • ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
N.B. : Toutes les prestations (y compris les forfaits) sont remboursées dans la limite des frais réellement engagés avec prise en charge intégrale du TM (Ticket Modérateur)



Dentaire - Pensez à nous transmettre le devis de votre professionnel de santé pour chiffrage

<u>Soins et Prothèses</u> <u>100 % Santé</u>	100 % des Frais Réels : Prise en charge à hauteur des honoraires limites de facturation tels que définis réglementairement en fonction de la position de la dent et des matériaux.			
<u>Soins dentaires Hors 100 % Santé</u>				
Soins dentaires	150 %	200 %	300 %	400 %
Inlays-Onlays	150 %	200 %	300 %	400 %
<u>Prothèses dentaires Hors 100 % Santé</u>				
Prothèses dentaires prises en charge par le RO ⁽²⁾	150 %	200 %	300 %	400 %
Inlays core ⁽²⁾	150 %	200 %	250 %	250 %
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO - y compris bridges et prothèses sur implant, hors implants et hors prothèses dentaires provisoires, sur présentation de la facture détaillée et acquittée du praticien) - par acte	150 €	200 €	300 €	400 €
Prothèses dentaires provisoires - par an et par bénéficiaire ⁽²⁾	125 %	100 % BR + 50 €	100 % BR + 60 €	100 % BR + 70 €
<u>Implantologie</u>				
Implants (sous réserve de renseignements complémentaires) ⁽²⁾ par implant	-	250 €	400 €	600 €
Radios 3D Cone Beam dans le cadre de l'implantologie ⁽²⁾ par an et par bénéficiaire	60 €	70 €	80 €	100 €
<u>Orthodontie</u>				
Orthodontie prise en charge par le RO ⁽²⁾	150 %	200 %	300 %	400 %
Orthodontie non prise en charge par le RO - hors bilan (bénéficiaire de - de 25 ans) - sur présentation de la facture détaillée et acquittée du praticien - par année de traitement	300 €	400 €	600 €	800 €
<u>Parodontologie</u>				
Parodontologie : maladies parodontales ⁽²⁾ sous réserve de renseignements complémentaires - par an et par bénéficiaire	100 €	150 €	150 €	200 €
Plafond par an et par bénéficiaire pour l'ensemble des actes dentaires hors 100 % Santé et hors TM, et au-delà, s'appliquent les garanties du contrat responsable	2 000 €	3 000 €	3 500 €	4 000 €



Soins courants

<u>Honoraires Médicaux</u>					
Généralistes	OPTAM	120 %	170 %	220 %	270 %
	Hors OPTAM	100 %	150 %	200 %	200 %
Spécialistes	OPTAM / OPTAM CO	120 %	170 %	220 %	270 %
	Hors OPTAM / OPTAM CO	100 %	150 %	200 %	200 %
Actes techniques médicaux (hors hospitalisation)	OPTAM / OPTAM CO	120 %	170 %	220 %	270 %
	Hors OPTAM / OPTAM CO	100 %	150 %	200 %	200 %
Forfaits actes lourds et Forfait Patient Urgences		Frais réels			
<u>Imageries et Analyses médicales</u>					
Radiologie	OPTAM / OPTAM CO	120 %	170 %	220 %	270 %
	Hors OPTAM / OPTAM CO	100 %	150 %	200 %	200 %
Echographie - Doppler	OPTAM / OPTAM CO	120 %	170 %	220 %	270 %
	Hors OPTAM / OPTAM CO	100 %	150 %	200 %	200 %
Acte de Biologie		120 %	170 %	220 %	270 %
<u>Honoraires Paramédicaux</u>					
Auxiliaires médicaux		120 %	170 %	220 %	270 %
Transport pris en charge par le RO (ambulance, véhicule sanitaire léger)		100 %	100 %	100 %	100 %
<u>Médicaments</u>					
Pharmacie remboursée par le RO		100 %	100 %	100 %	100 %
<u>Matériel Médical</u>					
Appareillage, orthopédie ⁽²⁾ (hors véhicule pour personne à mobilité réduite)		100 %	200 %	300 %	400 %
Véhicule pour personnes à mobilité réduite ⁽²⁾ - valable uniquement sur l'achat : carence de 12 mois et 1 véhicule tous les 3 ans		100 %	200 %	300 %	400 %



Aides auditives - cf règles de renouvellement

Prothèses Auditives <i>100 % Santé</i>	100 % des Frais Réels : Prise en charge à hauteur du prix limite de vente tel que défini réglementairement.			
Prothèses Auditives <i>Hors 100 % Santé</i>	Cette garantie s'applique, s'agissant d'un équipement auditif, aux frais exposés, par période de 4 ans à compter de la date de délivrance, dans la limite du plafond prévu par la réforme 100 % Santé.			
Appareillage auditif (bénéficiaire < ou = 20 ans) - par oreille ⁽²⁾	100 % BR	1 700 € en inclusion du RO	1 700 € en inclusion du RO	1 700 € en inclusion du RO
Appareillage auditif (bénéficiaire > 20 ans) - par oreille ⁽²⁾	100 % BR + 100 €	100 % BR + 300 €	100 % BR + 500 €	100 % BR + 700 €
Entretien et piles ⁽²⁾	100 %	200 %	300 %	400 %



Pack Prévention - Médecines douces (forfait global par an et par bénéficiaire)

Tous moyens de contraception ⁽²⁾				
Vaccins anti-grippe ⁽²⁾				
Ostéodensitométrie ⁽²⁾				
Sevrage tabagique avec prescription médicale ⁽²⁾				
Diététicien (consultations) ⁽²⁾				
Médecines douces - acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, kinésithérapeute / thérapie manuelle / masso-kinesithérapie / micro kinésithérapie (technique micropalpatoire manuelle), fasciatérapeute, kinésologue, homéopathe / naturopathe / heilpraktiker hygiéniste (hors médicaments), ergothérapeute et psychomotricien, réflexologue, psychologue (limité à 50 % des frais réels) - sur présentation d'une facture acquittée mentionnant obligatoirement le numéro Siret et/ou Adeli du praticien - plafond par séance limité à 3 séances par an	60 €* ⁽¹⁾	90 €* ⁽¹⁾	120 €* ⁽¹⁾	150 €* ⁽¹⁾
Pharmacie et Homéopathie non remboursées par le RO sur présentation du volet de facturation du pharmacien (médicaments dont le taux de TVA est inférieur à 20 % et qui figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM)	*dont 15 € maximum	*dont 20 € maximum	*dont 25 € maximum	*dont 30 € maximum



Les + MCA

Prime de mariage - par famille	50 €	100 €	110 €	160 €
Prime de naissance (ou d'adoption) - par enfant	50 €	100 €	110 €	160 €

Téléconsultation médicale MEDAVIZ - La MCA prend en charge le service de téléconsultation médicale pour l'ensemble des adhérents et leurs ayants-droit. Une mise en relation en moins de 3 minutes avec un médecin ou un professionnel de santé (parmi 30 spécialités) 24/24H et 7/7J.

MonPsy - Prise en charge des consultations de psychologues dans le cadre du dispositif MonPsy dans la limite de 100 % BR.

Aide ménagère - Participation jusqu'à concurrence de 2 € de l'heure en cas de prise en charge par le Régime Obligatoire, la C.A.F. ou le Conseil Départemental.

Fonds Social - Attribution de secours exceptionnels pour les dépenses de santé après étude des cas présentés dans la limite de un cas par famille et par an.

MCA Assistance et Protection juridique Santé (assistance à domicile 24h24 - 7j/7) assurée par Filassistance International

Secours d'urgence : assistance en cas d'hospitalisation, en cas de maladie d'un enfant, service d'information par téléphone, aide aux aidants de proches dépendants, etc. - Protection juridique : intervention en cas de litige avec un professionnel de santé ou un établissement de soins.



Pack Fidélité

A partir de 12 mois d'ancienneté

Pédicure, Podologue bénéficiaire de + de 16 ans - par an et par bénéficiaire	-	+ 20 €	+ 25 €	+ 30 €
A partir de 24 mois d'ancienneté				
Chirurgie réfractive - bénéficiaire de + de 16 ans - par oeil	-	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €
Facettes céramiques (bloc incisivo-canin) bénéficiaire de + de 16 ans - par an et par bénéficiaire	-	+ 100 €	+ 100 €	+ 100 €

LÉGENDE : ⁽¹⁾ Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :
- cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle, - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.
⁽²⁾ Sur présentation de la facture détaillée et acquittée et autres pièces justificatives (ainsi que de l'ordonnance pour la partie optique en cas de changement de vision). ⁽³⁾ **Verre simple** : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur

ou égal à +4.00. **Verre complexe** : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif. **Verre très complexe** : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 16 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.