

TABLEAU DES PRESTATIONS

RL4401

Garantie dite "responsable"

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01/01/2023 - RL4401 généré le 18/10/2022

Régime Local	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS-HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %	+ 25 %	125 %
- Autres praticiens	90 %	10 %	+ 5 %	105 %
Actes de sages-femmes	90 %	10 %	+ 25 %	125 %
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	90 %	10 %		100 %
SOINS COURANTS-MEDICAMENTS				
Médicaments à SMR important	90 %	10 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	80 %	20 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
(*) SMR: Service Médical Rendu.				
SOINS COURANTS-ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes techniques médicaux et d'échographie - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %		100 %
- Autres praticiens	90 %	10 %		100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	90 %	10 %		100 %
- Autres praticiens	90 %	10 %		100 %
Examens de laboratoires	90 %	10 %		100 %
Actes non remboursés par le régime obligatoire (1)			Oui	Oui
(1) Selon liste sur simple demande à la mutuelle.				
SOINS COURANTS-MATERIEL MEDICAL				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 100 %	200 %
AIDES AUDITIVES				
Equipement 100 % Santé (2)(3)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(3) + Forfait supplémentaire (2)(3)	90 %	10 %	250 €/Appareil	100 % 250 €/Appareil
Piles	90 %	10 %		100 %
(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.				
(3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive sur les années antérieures.				
CURES THERMALES				
Forfait cure acceptée par le régime obligatoire			150 €	150 €
HOSPITALISATION				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) - Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 120 %	220 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (4)(5)			80 €/Nuit	80 €/Nuit

RL4401

Garantie dite "responsable"

Régime Local	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
HOSPITALISATION (suite)				
Chambre particulière en ambulatoire (6)			15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnement			50 €/Jour	50 €/Jour
<p>(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(5) Psychiatrie : prise en charge limitée à 60 nuits par année civile et par bénéficiaire.</p> <p>(6) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.</p> <p>Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p>				
MATERNITE				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100 %		+ 120 %	220 %
- Autres praticiens	100 %		+ 100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée (4)			80 €/Nuit	80 €/Nuit
Indemnité de naissance (7)			57.70 €	57.70 €
<p>(4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.</p> <p>(7) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.</p>				
OPTIQUE				
Equipement 100 % Santé (2)(8)(9)				
- Monture				100 % Santé
- Par verre hors réseau ou dans le réseau				100 % Santé
- Prestation d'appairage et Supplément verres avec filtre				100 % Santé
Equipement à tarif libre (2)(8)(9)(10)				
- Monture	90 %	80 €		90 % + 80 €
- Par verre dans le réseau KALIXIA (11)				
- Simple	90 %	55 €		90 % + 55 €
- Complexe	90 %	120 €		90 % + 120 €
- Très complexe	90 %	130 €		90 % + 130 €
- Par verre hors réseau				
- Simple	90 %	40 €		90 % + 40 €
- Complexe	90 %	90 €		90 % + 90 €
- Très complexe	90 %	90 €		90 % + 90 €
- Supplément verres avec filtre	90 %	10 %		100 %
Adaptation de la correction effectuée par l'Opticien	90 %	10 %		100 %
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	90 %	10 %		100 %
Lentilles acceptées par le régime obligatoire (12)	90 %	10 % + 100 €/An		100 % + 100 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire (12)			100 €/An	100 €/An

RL4401

Garantie dite "responsable"

Régime Local	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
OPTIQUE (suite)				
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			200 €/Oeil	200 €/Oeil
<p>(2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.</p> <p>(8) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.</p> <p>(9) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).</p> <p>(10) - Verres simples :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,</p> <p>Verres 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,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.</p> <p>- Verres complexes :</p> <p>Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,</p> <p>Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.</p> <p>- Verres très complexes :</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,</p> <p>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,</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.</p> <p>(11) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un opticien partenaire agréé Kalixia. Les coordonnées de ces opticiens sont disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande.</p> <p>(12) Plafond commun.</p>				
DENTAIRE				
Soins	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé (13)				100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés (13)				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 175 %	275 %
- Inlay-Core	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	50 €	100 % + 50 €
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 150 %	250 %
Soins et Prothèses dentaires à tarifs libres				
- Prothèses fixes	90 %	10 %	+ 175 %	275 %
- Inlay-core	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses transitoires	90 %	10 %	50 €	100 % + 50 €
- Inlay onlay	90 %	10 %	+ 100 %	200 %
- Prothèses amovibles	90 %	10 %	+ 150 %	250 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	100 %		+ 100 %	200 %
<p><u>Dans le réseau des praticiens partenaires agréés Kalixia dentaire (14)</u></p>				

RL4401

Garantie dite "responsable"

<u>Régime Local</u>	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge par la Mutuelle*		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
DENTAIRE (suite)				
Scellement des sillons pour une prémolaire (15)			PEC intégrale	PEC intégrale
(*) Les remboursements de la mutuelle :				
- concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM),				
- nécessitent la présentation d'un devis ou d'une facture détaillée établis par le professionnel de santé qui seront soumis à contrôle, réalisé par la cellule dentaire de la mutuelle.				
(13) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.				
(14) Remboursement conditionné à la mise en oeuvre de la dispense d'avance de frais et au recours à un praticien partenaire agréé Kalixia dentaire. Les coordonnées de ces praticiens sont disponibles sur l'espace adhérent du site Internet de la mutuelle ou sur simple demande.				
(15) La prise en charge intégrale (PEC intégrale) est limitée à un acte de référence. La liste complète des actes concernés est disponible sur simple demande.				
MEDECINES COMPLEMENTAIRES				
Ostéopathie, Chiropraxie et Microkinésithérapie (16)(17)(18)			20 €/Séance	20 €/Séance
(16) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
(17) Prise en charge limitée à 3 séances par année civile et par bénéficiaire.				
(18) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINESS et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.				
CONTRACEPTION				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (16)			20 €/An	20 €/An
(16) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
PREVENTION				
Vaccin anti-grippal (16)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (16)			Frais réels	Frais réels
(16) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
HARMONIE SANTÉ SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui

(*) CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.

- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),

- déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle, ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).

- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.

- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.