

Les taux de remboursements affichés regroupent le remboursement sécurité sociale et Mutuelle

Contrat 100% Santé

2020 RISQUES GARANTIS

Sécurité sociale

MV3

Hospitalisation

Frais de Séjour (médecine et chirurgie)	80% OU 100%	300% BRSS
Plafond annuel dépassements d'honoraires (3)		500€/an
Honoraires, Actes de chirurgie et Anesthésie en OPTAM / NON OPTAM CO (3)	80% OU 100%	300% BRSS
Honoraires, Actes de chirurgie et Anesthésie en NON OPTAM / NON OPTAM-CO (3)	80% OU 100%	200% BRSS
Forfait Hospitalier (hospitalisation clinique chirurgicale ou hôpital, hors psychiatrie et rééducation convalescence) - sans limitation de durée		100 % Frais Réels
Forfait Hospitalier Psychiatrie - sans limitation de durée		100 % Frais Réels
Forfait Hospitalier Rééducation Convalescence		100 % Frais Réels
Forfait Participation Assuré		100 % Frais Réels
Chambre Particulière (hospitalisation clinique chirurgicale ou hôpital, hors psychiatrie et rééducation convalescence)		75 € par jour (prise en charge illimitée)
Chambre Particulière Psychiatrie		25 € par jour (limitée à 30 jours par an)
Chambre Particulière rééducation convalescence		25 € par jour (limitée à 60 jours par an)
Frais d'accompagnant enfant - de 16 ans (hospitalisation clinique chirurgicale ou hôpital hors psychiatrie rééducation convalescence)		32€/jour

Transport

	65%	300% BRSS
--	-----	-----------

Actes Médicaux

Visites en OPTAM / OPTAM-CO (3)	70%	300% BRSS
Consultations en OPTAM / OPTAM-CO (3)	70%	300% BRSS
Actes de Spécialistes en OPTAM / OPTAM-CO (3)	70%	300% BRSS
Visites, consultations, actes de spécialistes en NON OPTAM/ NON OPTAM-CO (3)	70%	200% BRSS
Soins à l'étranger (1)	60% à 100%	100% BRSS

Autres Actes Médicaux

Auxiliaires Médicaux : infirmiers, kinés...	60%	300% BRSS
Actes de Radiologie, Echographie en OPTAM / OPTAM-CO (3)	70%	300% BRSS
Actes de Radiologie, Echographie en NON OPTAM / NON OPTAM-CO (3)	70%	200% BRSS
Analyses Biologiques	60%	300% BRSS

Pharmacie

Médicaments remboursés par la sécurité sociale	65%	100% BRSS
Médicaments remboursés par la sécurité sociale	30%	100% BRSS
Médicaments remboursés par la sécurité sociale	15%	100% BRSS
Autre pharmacie remboursée par la sécurité sociale	60%	100% BRSS

Dentaire (4)

Soins et prothèses entrant dans le Panier 100% santé :		
A partir du 1er janvier 2020 pour les inlays core, bridges dento-portés et couronnes définitives (visible ou non visible)	70%	100% frais restant à charge après intervention de la sécurité sociale, dans la limite des HLF (6)
A partir du 1er janvier 2021 pour les appareils amovibles et réparations sur appareils amovibles		

Autres soins	70%	300% BRSS
Prothèses Dentaires du panier maîtrisé	70%	350% BRSS dans la limite des HLF (6)
Autres prothèses acceptées par le régime obligatoire (panier libre, ou panier 100% santé avant les dates ci-dessus)	70%	350% BRSS
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70% ou 100%	350% BRSS
Implantologie		200€/an
Plafond annuel dentaire (hors panier 100% santé, hors ticket modérateur et hors soins)		2000€/an

Optique (2)

Equipement 100% santé - classe A (à compter du 1er Janvier 2020)	60%	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV (7)
Prestation d'appairage pour des verres de Classe A d'indices de réfraction différents (tous niveaux)	60%	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV (7)
Supplément pour verres avec filtres de Classe A		100% BRSS
Lunettes acceptées par la Sécurité sociale - Classe B (hors équipement 100% santé)	60%	350 € (Remboursement sécurité sociale + ticket modérateur compris)
Forfait annuel équipement à verres simples (hors 100% santé)	60%	450 € (Remboursement sécurité sociale + ticket modérateur compris)
Forfait annuel équipement à verres complexes et très complexes (hors 100% santé)	60%	Limite de 100 € (Remboursement sécurité sociale + ticket modérateur compris)
Dont remboursement monture		100%
Supplément pour verres avec filtres de classe B	60%	100%
Autres suppléments pour verres de Classe A ou B (prisme / système antiptosis / verres iséiconiques)	60%	100%
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale		200€/an (Remboursement sécurité sociale + ticket modérateur compris)
Aides auditives et autres prothèses (8)		
Equipement 100% santé - Classe 1 - à partir du 1er janvier 2021	60%	100% des frais restant à charge après intervention de la Sécurité sociale, dans la limite des PLV (7)
Equipement 100% santé - Classe 1 - avant le 1er janvier 2021	60%	100% BRSS + 300 € / an / bénéficiaire
Prothèses auditive - Classe 2	60%	100% BRSS + 300 € / an / bénéficiaire
Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale	60%	100% BRSS
Prothèses Orthopédiques	60%	100% BRSS
Forfait orthopédie (par an et par personne)		93 €

Cures Thermales

Honoraires / Soins	65%	100% BRSS
--------------------	-----	-----------

Médecines Douces / Bien Etre (Ostéopathes, Acupuncteurs, Etiopathes, Homéopathes, Diététiciens, Podologues) (5)

Vaccins (non remboursés par la sécurité sociale)		Forfait 150 € par an par bénéficiaire
--	--	---------------------------------------

Actes et Examens de Prevention

Dépistage Hépatite B	60%	100% BRSS
Dépistage des troubles de l'audition (1 fois tous les 5 ans)	70%	100% BRSS
Détartrage complet (limité à 2 séances par an)	70%	100% BRSS

MUTUELLE ASSISTANCE (24h/24 et 7j/7)

		OUI
--	--	-----

FOND DE SECOURS EXCEPTIONNEL

		OUI
--	--	-----

TIERS PAYANT

		OUI
--	--	-----

L'ensemble des taux tient compte du remboursement du régime obligatoire et du régime complémentaire Mutuelle Catalane dans la limite des frais engagés (BRSS = Base de remboursement sécurité sociale).

Le Maintien du tarif des cotisations est dépendant de l'inflation et des taxes que nous répercutons sur nos tarifs.

Les prestations de services à la personne sont incluses dans ce contrat et assurées par Ma Mutuelle Assistance.

(1) Les soins effectués à l'étranger sont remboursés sous condition de convention conclue entre la France et le pays de séjour et en fonction du taux de Remboursement de la Sécurité sociale.

(2) Renouvellement de la prise en charge d'un équipement :

- Adultes et les enfants de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 2 ans. Période réduite à 1 an en cas de dégradation des performances oculaires sous conditions et sur justification. D'autres cas dérogatoires existent, lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

- Enfants de moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 1 an. Période réduite à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans sous conditions (mauvaise adaptation à la morphologie entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur) et sur justification. Jusqu'à 6 ans, aucun délai minimal n'est applicable pour les verres en cas de dégradation des performances oculaires sous conditions et sur justification.

Les périodes s'apprécient à compter de la date de la facturation du dernier élément de l'équipement optique. Un équipement comprend 1 monture et 2 verres.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement en cas d'intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux et présentant un déficit de vision de près et de déficit de vision de loin, chaque équipement corrigeant un des deux déficit, ou en cas d'amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, avec deux équipements à porter en alternance. Dans ces deux cas, un seul forfait en euros, tel que défini dans le tableau ci-dessus sera appliqué pour l'ensemble des deux équipements.

(3) Du tarif de convention : L'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ainsi que l'OPTAM-CO (option tarifaire maîtrisée pour les chirurgiens ou les gynécologues/obstétriciens) conclues entre l'assurance maladie et les médecins exerçants en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassements d'honoraires permanent ainsi que de certains médecins exerçant en secteur 1. Voir liste des praticiens signataires sur www.ameli.fr. Le remboursement des dépassements d'honoraires est conditionné à la présentation d'une facture acquittée dans la limite des frais engagés.

(4) Le poste dentaire est limité à 2000€ /an/bénéficiaire (hors panier 100% santé, hors ticket modérateur et hors soins).

(5) Sur présentation d'une facture acquittée dans la limite des frais engagés. Le remboursement de la séance est limité à 50€ pour les spécialités précisées. Le praticien doit être référencé comme professionnel de la discipline pratiquée.

(6) HLF : Honoraires Limites de Facturation.

(7) PLV : Prix Limite de Vente.

(8) Dans la limite du plafond réglementaire : 1 700 € remboursement Sécurité sociale inclus, à compter du 1er janvier 2021. La garantie pour les prothèses auditives (Classe 1 et Classe 2) s'applique pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.

Dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, ne sont pas pris en charge :

- la participation d'1 € (au 01/01/06) sur les actes médicaux, consultations et actes de biologie,
- la majoration de participation de 40 % (au 01/02/09) en cas de non respect du parcours de soins,
- la franchise de 0,50 € (au 01/01/08) sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux,
- la participation de 2 € (au 01/01/08) sur les transports sanitaires.

Nous rappelons que chaque cotisation est taxée de la façon suivante :

- (1) Taxe CMU : 6,27%
- (2) Taxe sur les contrats d'assurances : 7%

Contrat 100% santé

MV3 - 2020

**LA MUTUELLE
CATALANE**

Optez pour une mutuelle plus humaine

www.mutuelle-catalane.com

contact@mutuelle-catalane.com

20 Avenue de Grande Bretagne - 66029 Perpignan Cedex - Téléphone : 04 68 34 55 57