

RISQUES GARANTIS

	Base Sécurité sociale	Remboursement Mutuelle Catalane
FRAIS D'HOSPITALISATION		
Chirurgie - Hospitalisation frais de séjour	80%	400% BR
Actes de spécialistes -Chirurgie - Hospitalisation Non signataire OPTAM / OPTAM-CO 160% (4)	80%	180% BR
Forfait Journalier Hospitalier (Maladie, Chirurgie, Psychiatrie)	+	100 % Frais Réels
Forfait Journalier Hospitalier en Rééducation ou Convalescence		100 % Frais Réels
Forfait Participation Assuré (franchise 18 €)	+	100 % Frais Réels
Chambre Particulière 3% du PMSS (en Maladie ou Chirurgie, hors Psychiatrie, Rééducation ou Convalescence)	+	100 € / Jour
Chambre Particulière en Psychiatrie, Rééducation ou Convalescence (9)	+	25€ /Jour limitée à 60 Jours/an
Personne accompagnante 3% du PMSS(en Maladie ou Chirurgie, hors Psychiatrie, Rééducation ou Convalescence)	+	100 € / jour
TRANSPORT (Accepté par la S.S)	65%	100% BR
ACTES MEDICAUX		
Consultations - Visites - Généralistes	70%	300% BR
Consultations - Visites - Spécialistes (4) (Non signataire OPTAM/ OPTAM-CO : 200 %)	70%	300% BR
Soins à l'étranger (1)	60% à 100%	100% BR
Autres Actes Médicaux		
Auxiliaires Médicaux : infirmiers, kinés,...	60%	300% BR
Analyses Biologiques	70%	300% BR
Actes de Radiologies - Echographie (4) Non Signataire OPTAM / OPTAM-CO 200%	60%	300% BR
Actes Techniques médicaux (petite chirurgie)	60%	300% BR
PHARMACIE		
Médicaments remboursés par la sécurité sociale	65%	100% BR
Médicaments remboursés par la sécurité sociale	30%	100% BR
Médicaments remboursés par la sécurité sociale	15%	100% BR
DENTAIRE		
Soins Dentaires	70%	100%
Prothèses Dentaires (7)		3 protheses maximum par an et par bénéficiaire
Remboursées par la S.S: Dents du sourire (incisives, canines et prémolaires)	70%	450% BR
Remboursées par la S.S: Dents de fond de bouche	70%	450% BR
Inlays-Core	70%	450% BR
Protheses dentaires Non remboursées par la S.S (10% du PMSS)	+	322,00 €
Implantologie (25% du PMSS)	+	805,00 €
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire	100%	350% BR
Orthodontie refusée par le Régime Obligatoire	+	250% BR
OPTIQUE (3)		
Lunettes et lentilles acceptées par le régime obligatoire	60%	100% BR
MOINS DE 18 ANS		
Monture	+	100 €
Forfait annuel Par Verre Simple Foyer, Sphériques	+	100 €
Forfait annuel Par Verre Simple Foyer, Sphero Cylindrique	+	130 €
Forfait annuel Par Verre Multifocal, Progressif sphérique	+	140 €
Forfait annuel Par Verre Multifocal, Progressif Sphéro-cylindrique	+	170 €
PLUS DE 18 ANS		
Monture	+	150 €
Forfait annuel Par Verre Simple Foyer, Sphériques	+	130 €
Forfait annuel Par Verre Simple Foyer, Sphero Cylindriques	+	160 €
Forfait annuel Par Verre Multifocal, Progressif sphérique	+	200 €
Forfait annuel Par Verre Multifocal, Progressif Sphéro-cylindrique	+	230 €
Forfait Lentilles acceptées/Refusées par le Régime Obligatoire (6,5% du PMSS)	+	210,00 €
Chirurgie réfractive (25% du PMSS)	+	805,00 €
AUTRES PROTHESES		
Prothèses Auditives (45% PMSS par oreille , maxi 2 oreilles par an)	60%	1450 € par oreille
Orthopédie et autres protheses	60%	200% BR
MEDECINE DOUCE (5)		
Acupuncture, Osteopathie, Chiropractie, Psychomotricien, Dieteticien	+	160€ /AN
CURES THERMALES (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours)	65% - 70%	100% BR
BIEN ETRE ET PREVENTION (6)		
Vaccins anti-grippe (pour les moins de 65ans)	+	100% Frais réels
Tous les actes des contrats responsables	+	100% Ticket Modérateur
Dépistage Hépatite B	+	100% Frais réels
Activité sportive Adultes (sur présentation facture acquittée de l'abonnement annuel ou licence)	+	50 € / An /Bénéficiaire
Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale	+	60 € / An /Bénéficiaire
Sevrage Tabagique	+	50 €/ an /bénéficiaire
Forfait Naissance (2)	+	300 €
MUTUELLE ASSISTANCE - SERVICE A LA PERSONNE (8)	+	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.

Le Maintien du tarif des cotisations est dépendant de l'inflation, des taxes ainsi que de l'équilibre technique du contrat.

(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 en vigueur en France, (Taux sécurité sociale)

(2) Nouveau né inscrit dans les 3 mois suivant sa naissance : versement du forfait naissance en une seule fois avec 2 premiers mois de cotisations offerts.

(3) Sur présentation de la facture et de l'ordonnance. En accord avec le décret fixé par l'Etat du 18/11/2014 N°2014-1374 : l'équipement optique est désormais remboursé tous les deux ans sauf prescription médicale au motif de changement de correction, hors mineurs. La monture est limitée à 150€. Seule une ordonnance d'un ophtalmologue est acceptée. Les équipements solaires, cassés ou perdus ne sont pas pris en charge dans la garantie.

(4) 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 exerçant en secteur 2 ou qui sont titulaires d'un droit à dépassement d'honoraires permanent ainsi que de certains médecins exerçant en secteur 1. Voir liste des praticiens signataires sur www.ameli.fr

(5) Prestations remboursées sur présentation de facture dans la limite des frais engagés. Le praticien doit être référencé comme professionnel de la discipline pratiquée. Limité à 4 séances par an, 40€ par séance.

(6) Sur présentation de la facture acquittée.

(7) 3 prothèses maximum par et par bénéficiaires, et au-delà, la garantie au panier de soins

(8) Les prestations de services à la personne sont incluses dans ce contrat et assurées par Ma Mutuelle Assistance (détail dans le fascicule remis à l'adhésion)

(9) Le dernier jour de chambre particulière n'est pas pris en charge par la Mutuelle.

RAPPEL

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.

Indications:

BR: base de calcul du montant des remboursements des frais de santé en France par la Sécurité sociale.

FR: Frais réels engagés par l'assuré

TM: Ticket Modérateur

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Social

CCNT 66 OPTION 2

à partir du 1er Janvier 2018

**LA MUTUELLE
CATALANE**

Optez pour une mutuelle plus humaine

Document non contractuel

www.mutuelle-catalane.com

contact@mutuelle-catalane.com

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