

RISQUES GARANTIS

Hospitalisation

Frais de Séjour	80%
Honoraires(4) (Non signataire OPTAM / OPTAM-CO : 200 %)	80%
Forfait Hospitalier (20 €/jour : hospitalisation clinique chirurgicale ou hôpital hors psychiatrie rééducation convalescence)	-
Forfait Hospitalier Psychiatrie (15€ par jour)	-
Forfait Hospitalier Rééducation Convalescence	-
Forfait Participation Assuré (franchise 18 €)	-
Chambre Particulière (hospitalisation clinique chirurgicale ou hôpital hors psychiatrie rééducation convalescence)(9)	-
Chambre Particulière Psychiatrie (9)	-
Chambre Particulière Rééducation Convalescence (9)	-
Frais d'accompagnant enfant - de 16 ans (hospitalisation clinique chirurgicale ou hôpital hors psychiatrie rééducation convalescence)	-

Transport

Actes Médicaux

Visites (4) (Non signataire OPTAM / OPTAM-CO : 200 %)	70%
Consultations (4) (Non signataire OPTAM / OPTAM-CO : 200 %)	70%
Actes de Spécialistes (4) (Non signataire OPTAM / OPTAM-CO : 200 %)	70%
Soins à l'étranger (1)	60% à 100%

Autres Actes Médicaux

Auxiliaires Médicaux : infirmiers, kinés,...	60%
Actes de Radiologie, Echographie (4)(Non signataire OPTAM / OPTAM-CO : 200 %)	70%
Analyses Biologiques	60%

Pharmacie

Médicaments remboursés par la sécurité sociale	65%
Médicaments remboursés par la sécurité sociale	30%
Médicaments remboursés par la sécurité sociale	15%

Dentaire

Soins Dentaires	70%
Prothèses Dentaires acceptées par le Régime Obligatoire	70%
Piliers de bridge sur dent saine, par pilier	
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire	100%
Orthodontie non pris en charge par la sécurité sociale	
Parodontologie	-
Implantologie (dans la limite de 400€ / implant)	+

Optique

Lunettes acceptées par le régime obligatoire	60%
Forfait annuel Verres et Monture par personne protégée (3)	+
Forfait annuel Verres et Monture équipement complexe/très complexe par bénéficiaire Sphère de -4 à +4 ou sphère de <-4 ou >+4, sphère de -8 à +8 ou sphère <-8 ou >+8(3)	
FORFAIT Annuel Lentilles acceptées par le Régime Obligatoire (limité à 1 forfait par an)(7)	+
FORFAIT Annuel Lentilles refusées par le Régime Obligatoire (limité à 1 forfait par an)(7)	-
Chirurgie myopie ou hypermétropie(6)	-

Prothèses

Prothèses Auditives	65%
FORFAIT Prothèses Auditives (Par An et par personne)	+
Prothèses Orthopédie	60%
FORFAIT Annuel Orthopédie (Par an et personne)	+

Médecine douce

Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture, Ethiope (5)

Cures thermales (dans la limite des frais engagés pour les frais médicaux, de transports et de séjours)

Traitement, Honoraires	65% -70%
Transport, Hébergement	+

Bien être et prévention (8)

Vaccins anti-grippe (pour les moins de 65 ans)	-
Dépistage Hépatite B	-
Activité sportive Adultes (sur présentation facture acquittée de l'abonnement annuel ou licence)	-
Vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale	-
Sevrage Tabagique	-

Forfait Naissance (2)

COGEMUT (Service à la Personne)

Tiers payant

Base Sécurité sociale

Remboursement Mutuelle Catalane

	80%	400%
	80%	400%
	-	100 % Frais Réels
	-	100 % Frais Réels
	-	100 % Frais Réels
	-	100 % Frais Réels
	-	85€/Jour (prise en charge illimitée)
	-	25€/jour limitée à 60 jours/an
	-	25€/jour limitée à 60 jours/an
	-	65€ / Jour
	65%	265%
	70%	300%
	70%	300%
	70%	300%
	60% à 100%	100%
	60%	300%
	70%	300%
	60%	300%
	65%	100%
	30%	100%
	15%	100%
	70%	370%
	70%	370%
	100%	200% BR reconstituée (BR=107,50€)
		300%
		200% BR reconstituée (BR=193,50€)
		200 €/an/bénéficiaire
		1000 €/an/bénéficiaire
	60%	100%
	+	500 €
		670 €
	+	188 €
	-	100 €
	-	800€/œil
	65%	100%
	+	315 €
	60%	100%
	+	93 €
	-	
		200 € / An /Bénéficiaire
	65% -70%	150%
	+	320 €/an
	-	100% Frais réels
	-	100% Frais réels
	-	50 €/An/Bénéficiaire
	-	60 € / An /Bénéficiaire
	-	50€ / An / Bénéficiaire
	-	300 €
	-	OUI
	-	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 acquittée 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 €. Le forfait optique est plafonné à 470 € pour un équipement SIMPLE. L'équipement est déterminé SIMPLE, COMPLEXE, TRES COMPLEXE selon les caractéristiques de corrections fixées au décret. 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.

(6) L'opération de la myopie ou hypermétropie par laser suspend pour une durée de 3 ans le forfait lunettes et lentilles.

(7) Sur présentation de la facture acquittée et de l'ordonnance

(8) Sur présentation de la facture acquittée.

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

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)

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.

à partir du 01 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