



PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES EN POURCENTAGE DE LA BASE DE REMBOURSEMENT CONVENTIONNELLE DU REGIME OBLIGATOIRE*

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENT Régime obligatoire	COMPLEMENT et FORFAITS
Soins courants		
consultations, visites	90 %	10 %
actes techniques médicaux	90 %	10 %
radiologie et autres actes d'imagerie	90 %	10 %
auxiliaires médicaux	90 %	10 %
analyses et prélèvements	90 %	10 %
pharmacie	15 % / 80 % / 90 %	85 % / 20 % / 10 %
Appareillage		
appareillage, acoustique, orthopédie	90 % / 100 %	10 % / 0 %
Optique		
optique	90 %	-
+ forfait annuel verres et montures acceptés par le RO + forfait annuel lentilles acceptées ou refusées par le RO y compris jetables	-	90 % FR RO inclus. Participation UMC limitée à 125 €
Dentaire (remarque : l'ensemble des prestations prothèses dentaires et orthodontie est plafonné à 400 € par an)		
soins dentaires	90 %	10 %
prothèses prises en charge par le RO	90 % / 100 %	60 % / 50 %
prothèses codifiées non prises en charge par le RO	-	150 % BR reconstituée ou théorique
orthodontie prise en charge par le RO	90 % / 100 %	60 % / 50 %
Hospitalisation médicale ou chirurgicale		
dans un établissement public ou privé	100 %	-
chambre particulière (30 jours par hospitalisation, renouvelable une fois sur prescription)	-	20 €
transport accepté par le RO	100 %	-
Autres prestations		
cure thermale acceptée par le RO	65 % / 90 %	35 % / 10 %

PRESTATIONS DE PREVENTION

Conformément à la loi du 13/08/04 portant sur la réforme de l'Assurance maladie, et à l'ensemble des décrets et conventions s'y rapportant : les garanties remboursent au moins deux prestations de prévention parmi la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006.

EXCLUSIONS DE PRISE EN CHARGE (article 23 du règlement mutualiste)

Conformément à la loi du 13/08/04 portant sur la réforme de l'Assurance maladie et à l'ensemble des décrets et conventions s'y rapportant : les garanties ne prennent pas en charge les participations et les franchises mentionnées aux II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, les majorations du ticket modérateur prévues aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code et les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du même code. Les prestations complémentaires ne peuvent conduire le bénéficiaire à percevoir plus que les frais réellement engagés.

(*) Le Régime obligatoire désigne le régime de l'assuré social vis-à-vis de l'Assurance maladie. Les taux mentionnés au titre du Régime obligatoire sont ceux qui s'appliquent aux assurés du régime Alsace-Moselle, hors application de taux particuliers (remboursement à 100 %, régime particulier, etc.), en vigueur au 01/01/2012.

FR : Frais réels - BR : Base de remboursement - RO : Régime obligatoire