

TABLEAU DES GARANTIES

LES MONTS DU MATIN
ENSEMBLE DU PERSONNEL
Date d'effet : 01/01/2020

Les prestations ci-dessous comprennent celles versées par le Régime Obligatoire et ne peuvent en aucun cas excéder les frais réellement engagés.
Elles s'appliquent lorsque l'Assuré respecte le parcours de soins coordonnés(1).

Ensemble des actes/postes	Rbsmt RO* Régime Général	BASE y compris RO*	Base + Option 1	Base + Option 2
HOSPITALISATION				
Etablissements conventionnés et non conventionnés: Hospitalisation médicale et chirurgicale - Hospitalisation en soins de suite et réadaptation (y compris maisons de repos) - Maternité - Hospitalisation en psychiatrie				
Frais de séjour, hébergement et ambulatoires	80% ou 100% BR*(**)	100% BR*	100% BR*	400% BR*
Honoraires chirurgie / anesthésie - professionnels adhérents DPTAM*	80% ou 100% BR*(**)% BR*	100% BR*	150% BR*	400% BR*
Honoraires chirurgie / anesthésie - professionnels non-adhérents DPTAM*	80% ou 100% BR*(**)% BR*	100% BR*	130% BR*	200% BR*
Franchise sur les actes lourds	Néant	100% FEV*	100% FEV*	100% FEV*
Forfait journalier hospitalier	Néant	100% FEV*	100% FEV*	100% FEV*
Chambre particulière hors psychiatrie				
Montant par jour d'hospitalisation	Néant	0€	65€	100€
Limitation globale en nombre de jours/année civile/bénéficiaire	Néant	0jours	90jours	90jours
Chambre particulière psychiatrie				
Montant par jour d'hospitalisation	Néant	0€	65€	100€
Limitation en nombre de jours/année civile/bénéficiaire	Néant	0jours	30jours	30jours
Télévision-Téléphone-Connexion WIFI				
Forfait par année civile	Néant	0€	0€	20€
Lit accompagnant				
Montant par jour d'hospitalisation	Néant	0€	45€	45€
Enfant de moins de	Néant	0ans	16ans	16ans
Transports sanitaires pris en charge par le RO*	65% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
SOINS COURANTS				
Généralistes				
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes - professionnels adhérents DPTAM	70% BR*	100% BR*	100% BR*	200% BR*

TABLEAU DES GARANTIES

LES MONTS DU MATIN
ENSEMBLE DU PERSONNEL
Date d'effet : 01/01/2020

Ensemble des actes/postes	Rbsmt RO* Régime Général	BASE y compris RO*	Base + Option 1	Base + Option 2
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes - professionnels non-adhérents DPTAM	70% BR*	100% BR*	100% BR*	180% BR*
Spécialistes				
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes - professionnels adhérents DPTAM	70% BR*	100% BR*	150% BR*	400% BR*
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes - professionnels non-adhérents DPTAM	70% BR*	100% BR*	130% BR*	200% BR*
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO*(soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, pédicurie-podologie)	60% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
Actes techniques médicaux (dont chirurgie) - professionnels adhérents DPTAM*	70% BR*	100% BR*	150% BR*	300% BR*
Actes techniques médicaux (dont chirurgie) - professionnels non-adhérents DPTAM*	70% BR*	100% BR*	130% BR*	200% BR*
Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie - professionnels adhérents DPTAM*	70% BR*	100% BR*	150% BR*	300% BR*
Radiologie (dont ostéodensitométrie) et échographie - professionnels non-adhérents DPTAM*	70% BR*	100% BR*	130% BR*	200% BR*
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par le RO*	60% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
Médicaments prescrits pris en charge par le RO*	15% à 65% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
Matériel médical				
Dispositifs médicaux y compris prothèses mammaires et capillaires, prothèses orthopédiques, fauteuil roulant	60% ou 100% BR*(**)	100% BR*	200% BR*	400% BR*
Médecine douce - forfait global par année civile par bénéficiaire				
---> Acupuncture, Aromathérapie, Diététique, Chiropractie, Dermatologie, Etiopathie, Homéopathie, Hypnothérapie, Méthode Mézières, Micro kinésithérapie, Naturopathie, Nutrition, Oligothérapie, Ostéopathie, Pédicurie, Phytothérapie, PNL, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Psychothérapie, Réflexologie, Sophrologie	Néant	0€	120€	200€
MATERNITE				
Forfait naissance ou adoption (par enfant)	Néant	0€	0€	300€
DENTAIRE				
Soins et prothèses "100% Santé" (2) dont inlay onlay à partir du 01/01/2021 Frais réels, à hauteur des honoraires limites de facturation(2)	70% BR*	100% HLF*	100% HLF*	100% HLF*
Soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention hors "100% Santé"	70% BR*	100% BR*	150% BR*	300% BR*
Inlay Onlay jusqu'au 31/12/2020	70% BR*	100% BR*	150% BR*	300% BR*

TABLEAU DES GARANTIES

LES MONTS DU MATIN
ENSEMBLE DU PERSONNEL
Date d'effet : 01/01/2020

Ensemble des actes/postes	Rbsmt RO* Régime Général	BASE y compris RO*	Base + Option 1	Base + Option 2
Prothèses dentaires et implantologie prises en charge par le RO* hors "100% Santé"(3a)				
Prothèses dentaires et implantologie (dont Inlay core et Inlay à clavette)	70% BR*	125% BR*	200% BR*	400% BR*
Prothèses dentaires non prises en charge par le RO*				
Montant maximum par prothèse dentaire	Néant	0€	189€	404€
Implantologie/parodontologie non prises en charge par le RO*				
Forfait global implantologie (dont radiologie et chirurgie) /parodontologie /année civile/bénéficiaire	Néant	0€	500€	1000€
Orthodontie prise en charge par le RO*	100% BR*	125% BR*	200% BR*	400% BR*
Forfait orthodontie non prise en charge par le RO*/année civile/bénéficiaire	Néant	0€	678€	1452€
OPTIQUE EQUIPEMENT VERRES ET MONTURE(4)				
Forfait équipements "100% Santé" classe A(5) - y compris suppléments Frais réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	60% BR*	100% PLV*	100% PLV*	100% PLV*
ADULTE et ENFANT - Classe B hors "100% Santé"				
Monture intégrée dans les forfaits, dans la limite d'une participation maximale de	Néant	100€	100€	100€
Forfait équipement "correction simple"	60% BR*	100€	250€	420€
Forfait équipement "correction complexe"	60% BR*	200€	400€	650€
Forfait équipement "correction très complexe"	60% BR*	200€	400€	650€
Suppléments pris en charge par le RO* hors "100% Santé"	60% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
OPTIQUE AUTRES				
Lentilles				
Lentilles prises en charge par le RO*	60% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
Forfait lentilles prises en charge par le RO* / an / bénéficiaire	Néant	100€	150€	350€
Forfait lentilles non prises en charge par le RO* / an / bénéficiaire	Néant	0€	150€	350€
Forfait opération de la myopie et hypermétropie au laser par œil /année civile	Néant	0€	500€	700€
AIDES AUDITIVES(6)(7)				
100% SANTE Aides auditives "100% Santé" de Classe I à compter du 01/01/2021 (7) Frais réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) (7)	60% BR*	100% PLV*	100% PLV*	100% PLV*

TABLEAU DES GARANTIES

LES MONTS DU MATIN
ENSEMBLE DU PERSONNEL
Date d'effet : 01/01/2020

Ensemble des actes/postes	Rbsmt RO* Régime Général	BASE y compris RO*	Base + Option 1	Base + Option 2
Aides auditives, par oreille, toutes classes jusqu'au 31/12/2020 et Classe II à compter du 01/01/2021(6)(7)				
Aides auditives par oreille	60% BR*	100% BR*	200% BR*	400% BR*
Suppléments pris en charge par le RO* (dont suivi et piles)	60% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*
PACK BIEN-ETRE PREVENTION				
Forfait annuel par bénéficiaire Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO*	Néant	0€	120€	200€
Forfait annuel par bénéficiaire - Contraception prescrite et non prise en charge par le RO*	Néant	0€	100€	150€
Forfait annuel par bénéficiaire - Arrêt du tabac (patchs et gommes uniquement) prescrit et non pris en charge par le RO*	Néant	0€	100€	150€
Vaccins prescrits et non pris en charge par le RO* /an /bénéficiaire	Néant	0€	100€	150€
AUTRES/DIVERS				
Forfait cures thermales prises en charge par le RO* hors hospitalisation par an / bénéficiaire	Néant	0€	0€	200€
Service de Tiers Payant	Néant	Oui	Oui	Oui
Services Mutuelle Bleue Assistance	Néant	Oui	Oui	Oui
Service d'accès à des Téléconsultations Médicales gratuites	Néant	Oui	Oui	Oui
PREVENTION				
Actes de prévention(8)	70% ou 100% BR*	100% BR*	100% BR*	100% BR*

TABLEAU DES GARANTIES

LES MONTS DU MATIN
ENSEMBLE DU PERSONNEL
Date d'effet : 01/01/2020

Ensemble des actes/postes	Rbsmt RO* Régime Général	y BASE compris RO*	Base + option 1	Base + option 2
---------------------------	--------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------

* BR : Base de Remboursement | RO : Régime Obligatoire | FEV : Forfait En Vigueur | HN : Hors Nomenclature | FR : Frais réels | HLF : Frais réels, à hauteur des honoraires limites de facturation(2) | DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (comprenant l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins conventionnés et l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens-Obstétriciens) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.
(**) : en fonction de la nature des soins.

- (1) : vous reporter à la note explicative au chiffre indiqué entre ☐
- (2) : vous reporter à la note explicative au chiffre indiqué entre ☐
- (3a) : vous reporter à la note explicative au chiffre indiqué entre ☐
- (3b) : vous reporter à la note explicative au chiffre indiqué entre ☐
- (4) : vous reporter à la note explicative au chiffre indiqué entre ☐
- (5) : vous reporter à la note explicative au chiffre indiqué entre ☐
- (6) : vous reporter à la note explicative au chiffre indiqué entre ☐
- (7) : vous reporter à la note explicative au chiffre indiqué entre ☐
- (8) : vous reporter à la note explicative au chiffre indiqué entre ☐

Le montant du PMSS, Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, est réactualisé chaque année au 1er janvier

Le montant à prendre en compte est celui de l'année en cours. À titre indicatif, le montant du PMSS pour l'année 2019 s'élève à 3377€

TABLEAU DES GARANTIES

NOTE EXPLICATIVE

(1) Les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur à la date de souscription dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire fixée à ce jour à 1 euro, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux « Régime Obligatoire » étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, les données Régime Obligatoire sont donc fournies à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements, elles n'ont pas de valeur contractuelle. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés. Sauf mention contraire spécifiée dans le Tableau de garanties, les niveaux de couverture indiqués incluent le Ticket Modérateur.

(2) 100% SANTE DENTAIRE - Mise en application 01/01/2020

Conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les frais de soins dentaires prothétiques faisant l'objet d'une entente directe et sans reste à charge tels que définis dans la convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale seront intégralement remboursés à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(3a) Prothèses dentaires et implantologie prises en charge par le Régime Obligatoire - Mise en application 01/01/2020

Plafonnées, le cas échéant, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

(3b) Une fois la limitation prévue, (soit forfait global ou en nombre de dents) dans le Tableau de garanties, atteinte, la Mutuelle interviendra obligatoirement pour les soins dentaires prothétiques et l'orthodontie, pris en charge par le Régime Obligatoire, à hauteur de 125 % de la Base de Remboursement.

(4) OPTIQUE (sauf lentilles) - Mise en application 01/01/2020

Le remboursement au forfait d'un équipement comprend le Ticket Modérateur et la participation du Régime Obligatoire dont une participation maximale de 100 € pour la monture, dans la limite du plafond fixé réglementairement. Equipement composé de 2 verres et de 1 monture.

Adulte et enfant de 16 ans et plus : limité à un équipement par période de 2 ans suivant la date d'acquisition de l'équipement précédent.

Par dérogation, pour l'acquisition d'un équipement optique, cette période est réduite :

- à 1 an, pour les Bénéficiaires de moins de 16 ans ;
- à 1 an, pour les Bénéficiaires de plus de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- à 6 mois, pour les Bénéficiaires de moins de 6 ans, lorsque la monture est mal adaptée à la morphologie du visage du Bénéficiaire entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, pour l'acquisition de verres correcteurs, aucun délai de renouvellement minimal n'est applicable :

- pour les Bénéficiaires de moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue ;
- quel que soit l'âge des Bénéficiaires, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières listées à l'Arrêté du 3 décembre portant modification des modalités de prise en charge d'optique médicale et justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les fréquences de renouvellement de l'équipement indiquées respectent les conditions fixées dans le Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 3 décembre 2018. Elles seront automatiquement ajustées en fonction des évolutions des dispositions du Contrat Responsable.

(5) 100% SANTE OPTIQUE - Mise en application 01/01/2020

Conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs d'optique médicale faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (équipements optiques de Classe A), sont intégralement remboursés à hauteur des Prix Limites de Vente (PLV) fixés par le Comité Economique des Produits de Santé.

(6) AUDITIF

Au 1er janvier 2021, remboursement limité à 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente et dans la limite de 1 700 € / oreille tel que défini dans le Contrat Responsable.

TABLEAU DES GARANTIES

Les fréquences de renouvellement d'une aide auditive ainsi que le montant maximum de remboursement sont fixés par le Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et l'Arrêté du 14 novembre 2018. Elles seront automatiquement ajustées en fonction des évolutions des dispositions du Contrat Responsable.

(7) 100% SANTE AUDITIF

A compter du 1er janvier 2021, conformément au Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositifs médicaux d'aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (Classe I) seront intégralement remboursés à hauteur des Prix Limites de Vente (PLV) fixés par le Comité Economique des Produits de Vente (avis du 28 novembre 2018).

Avant le 1er janvier 2021, la prise en charge par la Mutuelle des aides auditives s'effectuera conformément au Tableau de garanties.

(8) Ensemble des actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale

Liste des actes de prévention : Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même Code :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le 14e anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162 -1-7, la prise en charge au titre du présent Arrêté est limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; Coqueluche : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ; BCG : avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.