

Garanties Mut'intérim santé



Dans la limite des frais réellement engagés - Les garanties s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (y compris maternité)				
FRAIS DE SÉJOUR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
HONORAIRES ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHÉSIE/ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTÉTRIQUE (y compris en ambulatoire)	100 % de la BR	100 % de la BR	200 % de la BR médecins DPTM/ 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM/ 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE MÉDECINE - CHIRURGIE - MATERNITÉ	-	20 € par jour hors ambulatoire dans la limite de 30 jours par année civile	40 € par jour hors ambulatoire, dans la limite de 30 jours par année civile 20 € par jour en ambulatoire	60 € par jour hors ambulatoire, dans la limite de 30 jours par année civile 30 € par jour en ambulatoire
LIT ACCOMPAGNANT (pour enfant de moins de 12 ans)	-	15 € par jour limité à 30 jours par année civile	25 € par jour limité à 30 jours par année civile	35 € par jour limité à 30 jours par année civile
CAGNOTTE SANTÉ «COUP DUR»	Oui	Oui	Oui	Oui
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MÉDICAUX				
CONSULTATIONS - VISITES	100 % de la BR	100 % de la BR	200 % de la BR médecins DPTM/ 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM/ 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
ACTES DE CHIRURGIE en cabinet	100 % de la BR	100 % de la BR	200 % de la BR médecins DPTM/ 150 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾	250 % de la BR médecins DPTM/ 200 % de la BR médecins non DPTM ⁽¹⁾
RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE - D'ECHOGRAPHIE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX Kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, etc.	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Psychologues conventionnés avec l'Assurance maladie (dispositif Mon soutien psy) ⁽²⁾	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ par année civile	100 % de la BR dans la limite de 12 séances ⁽³⁾ par année civile
MÉDICAMENTS	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
- pris en charge par la Sécurité sociale à 65 %	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
- pris en charge par la Sécurité sociale à 30 %	-	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
- pris en charge par la Sécurité sociale à 15 %	-	-	100 % de la BR	100 % de la BR
MATÉRIEL MÉDICAL	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR
TRANSPORT TERRESTRE	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
DENTAIRE				
SOINS	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
PROTHÈSES 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
PROTHÈSES HORS PANIER 100 % SANTÉ ⁽⁶⁾ :				
- PROTHÈSES prises en charge par la Sécurité sociale	125 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR	300 % de la BR
- PROTHÈSES non prises en charge par la Sécurité sociale	-	-	150 € par année civile	250 € par année civile
ORTHODONTIE	100 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR	300 % de la BR
IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	500 € par année civile	650 € par année civile
CAGNOTTE SANTÉ «COUP DUR»	Oui	Oui	Oui	Oui
OPTIQUE				
En optique, les forfaits en euros s'entendent Sécurité sociale incluse et sont pris en charge à 100 % du TM a minima. Un équipement (monture + deux verres) avec un maximum de 100 € par monture. Pour les assurés âgés de 16 ans et plus, tous les deux ans, sauf si évolution de la vue avec un maximum d'un équipement annuel. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, renouvellement à un an avec possibilité d'un renouvellement anticipé ⁽⁷⁾ .				
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES :				
MONTURE + 2 VERRES SIMPLES	50 €	125 €	150 €	300 €
MONTURE + 1 VERRE SIMPLE + 1 VERRE COMPLEXE OU HYPER COMPLEXE	125 €	150 €	200 €	325 €
MONTURE + 2 VERRES COMPLEXES OU HYPERCOMPLEXES	200 €	200 €	250 €	350 €
LENTILLES prises ou non en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR + 50 € par année civile	100 % de la BR + 100 € par année civile	100 % de la BR + 200 € par année civile
AIDES AUDITIVES				
Le remboursement des aides auditives est limité à un équipement tous les quatre ans par oreille ⁽⁷⁾				
ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽⁴⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁵⁾
ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽⁶⁾	100 % de la BR	150 % de la BR	200 % de la BR	250 % de la BR
MATERNITÉ - ADOPTION				
FORFAIT NAISSANCE - ADOPTION Doubled en cas de naissance gémellaire	-	300 € par enfant	300 € par enfant	300 € par enfant
CURE THERMALE				
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale (transports, soins, hébergement)	-	-	200 € par année civile	300 € par année civile
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				
CHIROPRACTEUR- ACUPUNCTEUR- OSTÉOPATHE par un praticien possédant un diplôme d'État ⁽⁹⁾	-	-	25 € par séance (dans la limite de 2 séances par année civile)	35 € par séance (dans la limite de 3 séances par année civile)
ACTES DE PRÉVENTION pris en charge dans le cadre de l'arrêté du 08 juin 2006				
	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
SMI ASSISTANCE				
ASSISTANCE SANTÉ	Garantie souscrite auprès de FIDELIA			

Garanties valides depuis le 1^{er} janvier 2025

Les garanties sont valables par bénéficiaire (sauf forfait naissance).

* Sur présentation de la facture acquittée.

BR = Base de remboursement de la Sécurité sociale.

En secteur non conventionné, les remboursements sont limités au tarif d'autorité.

(1) Les médecins « DPTM » sont ceux ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée négociés entre l'assurance maladie et les organisations représentatives de médecins.

Ce dispositif regroupe aujourd'hui les médecins de secteur 2 qui seraient toujours bénéficiaires d'un contrat d'accès aux soins (médecins CAS), ainsi que les médecins ayant souscrit l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO (Option pratique tarifaire maîtrisée aux spécialistes anesthésie - chirurgie - obstétrique). Les médecins ayant adhéré à l'un de ces dispositifs s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Pour savoir si votre médecin adhère à l'un de ces dispositifs ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

(2) Seules les séances réalisées par un psychologue partenaire sont remboursées à ce titre. Leurs coordonnées sont publiées sur un annuaire consultable sur le site : <https://monsoutienpsy.ameli.fr>.

(3) Le nombre de séances est adapté par le psychologue aux besoins du patient, dans la limite de douze séances par année civile.

(4) Équipements 100 % Santé tels que définis réglementairement.

(5) Prise en charge plafonnée aux honoraires limites de facturation, aux prix limites de vente et aux plafonds du contrat «responsable» définis à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

(6) Les inlays onlays et les prothèses dentaires du panier reste à charge maîtrisée seront pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

(7) Les délais de renouvellement débutent à partir de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour l'optique, ci-après les correspondances en dioptries :

- verres simples : les verres simples foyer avec une sphère comprise entre -6 et +6 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ;

- verres complexes : les verres simples foyer avec une sphère supérieure -6 ou +6 ou un cylindre supérieur à +4 et verres multifocaux ou progressifs ;

- verres hyper complexes : les verres multifocaux ou progressifs sphère-cylindriques dont sphère hors zone -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphérique hors zone -4 à +4.

(8) La prise en charge maximale est limitée par les plafonds réglementaires applicables aux contrats responsables.

(9) Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés par le ministère de la santé, dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

Les présentes garanties sont considérées comme responsables et sont susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux contrats dits « responsables » fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages fiscaux et sociaux accordés à ce type de contrat. Elles respectent également la réglementation 100 % Santé.

À ce titre, le contrat ne prend pas en charge les participations forfaitaires et les franchises médicales.