



PRESTATIONS
au 01/01/2011

<< GARANTIE OXYGENE >>

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie (R.O.A.M.) Français. Les remboursements Régime Obligatoire d'Assurance Maladie + Mutuelle Verte sont limités aux frais réels. Cette garantie est conforme aux critères du "Contrat Responsable" (Art L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale). Ainsi ne pourront donner lieu à remboursement: - les franchises et participations forfaitaires, - la majoration de la participation de l'assuré ainsi que les dépassements d'honoraires pour les actes réalisés en dehors du parcours de soins coordonné (sans prescription préalable du médecin traitant).

En outre, elle prend en charge l'ensemble des prestations de prévention prévues par l'arrêté du 8 juin 2006.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (2.885 Euros au 1er janvier 2010) (PMSS 2011 en attente de publication par décret au Journal Officiel)

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS		
	Régime de Base	Complémentaire	Total
HONORAIRES MEDICAUX			
- Consultation, Visite, Actes Techniques, Radios (1)	70 %	30 %	100 %
- Transport	65 %	35 %	100 %
- Analyses et auxiliaires médicaux	60 %	40 %	100 %
MEDECINES DOUCES			
- Consultations(1) Acupuncture(2), Homéopathie(2), Mésothérapie(2) et Micronutrition (2)	70 %	80 %	150 %
- Consultations Ostéopathie (3), Chiropractie (3) Etiopathie (4), Naturopathie (4)	-	30 Euros (5) par séance	30 Euros (5) par séance
- Bilan micronutritionnel (6)	-	Forfait 75 Euros (7)	Forfait 75 Euros (7)
- Phytothérapie, Aromathérapie et Micronutriments (8)	-	50 % Frais Réels (9)	50 % Frais Réels (9)
PREVENTION			
- Vaccin anti-grippe non pris en charge	-	6,26 Euros (10)	6,26 Euros (10)
- Ostéodensitométrie refusée (11)	-	Forfait 22 Euros	Forfait 22 Euros
- Sevrage tabagique (12)	50 Euros	25 Euros (13)	75 Euros (13)
- Consultation Diététicien médicalement prescrite (14)	-	10 Euros/séance (15)	10 Euros/séance (15)
- Réduction 10% sur cotisation si licence sportive (16)	-	OUI	OUI
PHARMACIE (17)	65% / 35%*	35% / 65%*	100 %
OPTIQUE (18)			
- Verres, monture, lentilles acceptées	65 % *	35 % *	100 %
- Forfait optique 1ère et 2ème année (19)	-	Forfait 60 Euros (13)	Forfait 60 Euros (13)
- Forfait optique après 2 ans (19)	-	Forfait 90 Euros (13)	Forfait 90 Euros (13)
- Forfait optique après 4 ans (19)	-	Forfait 150 Euros (13)	Forfait 150 Euros (13)
- Supplément Optique "responsable" après 4 ans d'adhésion si pas de remboursement d'un équipement optique dans les 3 dernières années civiles.	-	50 Euros	50 Euros
- Opération des yeux par laser (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	-	Forfait 300 Euros (13)	Forfait 300 Euros (13)
APPAREILLAGE	65 % *	35 % *	100 %
DENTAIRE			
- Soins	70 %	30 %	100 %
- Inlay core	70 %	30 %	100 %
- Couronnes acceptées, bridges : (20)			
▣ Dents visibles	70 %	130 %	200 %
▣ Autres dents	70 %	80 %	150 %
- Appareils mobiles, réparations	70 %	130 %	200 %
- Plaques bases métal	70 %	80 %	150 %
- Orthodontie acceptée	70% et 100%	130% / 100%	200 % max
- Implants dentaires	-	Forfait 200 Euros (13)	Forfait 200 Euros (13)
- Parodontologie, orthodontie refusée	-	Forfait 75 Euros (13)	Forfait 75 Euros (13)
HOSPITALISATION MED., CHIR., PSY. & OBSTETRIQUE (21)			
- Honoraires et séjour	80% ou 100%	45% / 25%	125 % max
- Forfait journalier hospitalier (22)	-	100 %	100 %
- Chambre particulière (23)	-	35 Euros/jour	35 Euros/jour
- Frais d'accompagnant (enfant moins de 12 ans) (24)	-	10 Euros/jour	10 Euros/jour
- Participation aux frais d'accouchement (25)	-	100 Euros	100 Euros
OBSEQUES jusqu'à 65 ans		450 Euros	450 Euros
FORFAIT ACTES LOURDS (18 Euros *)		100% du Forfait	100% du Forfait
MUTUELLE VERTE ASSISTANCE 24 H / 24 7J / 7		OUI	OUI

* Sous réserve des évolutions prévues dans la Loi de Finances 2011 (cf. explications au verso).

- La majoration de déplacement des consultations à domicile considérées comme médicalement non justifiées par les médecins et le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire n'est pas prise en charge (actes codifiés "DE" : Dépassement Exceptionnel).
- Consultations dispensées par un médecin généraliste ou spécialiste titulaire d'un diplôme relatif à une des spécialités mentionnées.
- Pour les actes effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.
- Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes et membres de l'Institut Français d'Etiopathie, Naturopathes membres du Registre des Naturopathes de France.
- Remboursement plafonné à 90 Euros par année civile et par bénéficiaire. Soit trois séances maximum toutes disciplines citées.
- Prescrit par un médecin micronutritionniste.
- Forfait pour 2 années civiles et par bénéficiaire, proratisé en cas d'adhésion ou de radiation au cours des 2 années.
- Prescrits par un médecin et délivrés en pharmacie.
- Maximum 100 Euros par année civile et par bénéficiaire.
- Pris en charge si médicalement prescrit.
- Tous les 3 ans, pour les femmes ayant plus de 50 ans, sur prescription médicale.
- Une fois par an, en complément du remboursement forfaitaire prévu par la Sécurité Sociale, inclus dans ce forfait.
- Forfait par année civile et par bénéficiaire, proratisé en cas d'adhésion ou de radiation en cours d'année.
- Sur présentation de la facture acquittée du(de la) diététicien(ne) Diplômé(e) d'Etat et d'une attestation du médecin traitant (sous forme d'une demande d'un conseil diététique, sans donnée médicale).
- Maximum trois séances par année civile et par bénéficiaire.
- Sur présentation de la copie d'une licence sportive ou carte de membre d'un club de sport en cours de validité (adultes seulement).
- Remboursement sur la base du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR). Aucun remboursement n'est prévu pour les médicaments à vignette orange que la Haute Autorité de Santé a jugé à service médical rendu faible ou insuffisant et pour lesquels le ROAM participe à hauteur de 15% au 01/01/2010.
- Le forfait optique concerne les verres, monture, lentilles acceptées ou refusées médicalement prescrites.
- L'avantage fidélité est calculé à partir de la date d'adhésion à cette garantie et par année civile pleine. En cas d'adhésion en cours d'année, cet avantage est calculé à partir du 1er jour de l'année suivante et le montant du forfait appliqué l'année d'adhésion est le même que celui de la 1ère année.
- Dents visibles=incisives, canines et 1ères prémolaires, autres dents=2èmes prémolaires, molaires. Sur présentation de la facture et du schéma dentaire détaillés.
- Hors soins externes. Les soins externes font l'objet d'un remboursement suivant la nature de l'acte.
- Forfait journalier hospitalier (selon tarifs en vigueur) illimité en médecine et en chirurgie. Limité à 90 jours en maison de repos et convalescence, à 30 jours en psychiatrie (par année civile et par bénéficiaire).
- Chambre particulière illimitée en chirurgie. Limitée à 90 jours en médecine, maison de repos et convalescence, à 30 jours en psychiatrie (par année civile et par bénéficiaire).
- En milieu hospitalier uniquement et limité à 30 jours par année civile.
- Directement liée aux prestations maternité et versée à la mère lorsqu'elle est bénéficiaire des prestations de La Mutuelle Verte.