

GARANTIE DECLIC au 01/01/2019	REMBOURSEMENTS	
	Régime de Base	Total
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>		
Consultation, visite, imagerie, actes médicaux :		
- Méd.adhérent aux pratiques tarifaires maîtrisées*	70 %	100 %
- Méd.non adhérent pratiques tarifaires maîtrisées*	70 %	100 %
Analyses et auxiliaires médicaux	60 %	100 %
<b>PHARMACIE (1)</b>	15% / 30% / 65%	100 %
<b>OPTIQUE</b>		
Equipement optique : (2)		
La 1ère et 2ème année : (3)		
- Equipement verres simples (4)	60 %	60 % + Forfait 70 €
- Equipement verres mixtes (4)	60 %	60 % + Forfait 125 €
- Equipement verres complexes et/ou hypercomplexes (4)	60 %	60 % + Forfait 200 €
- Lentilles remboursées ou non par l'AMO (5)	60% / 0%	100 % / 0% + Forfait 70 € (6)
Après 2 ans : (3)		
- Equipement verres simples (4)	60 %	60 % + Forfait 85 €
- Equipement verres mixtes (4)	60 %	60 % + Forfait 125 €
- Equipement verres complexes et/ou hypercomplexes (4)	60 %	60 % + Forfait 200 €
- Lentilles remboursées ou non par l'AMO (5)	60% / 0%	100 % / 0% + Forfait 85 € (6)
Après 4 ans : (3)		
- Equipement verres simples (4)	60 %	60 % + Forfait 100 €
- Equipement verres mixtes (4)	60 %	60 % + Forfait 150 €
- Equipement verres complexes et/ou hypercomplexes (4)	60 %	60 % + Forfait 200 €
- Lentilles remboursées ou non par l'AMO (5)	60% / 0%	100 % / 0% + Forfait 100 € (6)
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie,...)	-	Forfait 150 € (6)
<b>APPAREILLAGE</b>		
Fournitures, orthopédie et autres appareillages	60% / 100%	100 %
Audioprothèse	60% / 100%	100 %
<b>DENTAIRE</b>		
Soins, Inlay / onlay remboursés par l'AMO	70 %	100 %
Inlay core remboursés par l'AMO	70 %	100 %
Couronnes, bridges remboursés par l'AMO (7)		
- Dents visibles	70 %	150 %
- Autres dents	70 %	125 %
Appareil mobile,réparations remboursés par l'AMO	70 %	135 %
Orthodontie remboursée par l'AMO	70% / 100%	150 %
Parodontie,orthodontie non remboursées par l'AMO	-	Forfait 75 € (6)
Implantologie non remboursée par l'AMO	-	Forfait 150 € (6)
<b>TRANSPORTS</b>	65 %	100 %
<b>CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'A.M.O. (8)</b>	65% / 70%	65%/70%+Forfait 75 E (6)
<b>HOSPITALISATION MED., CHIR., PSY. &amp; OBSTETRIQUE (9)</b>		
Honoraires médicaux :		
- Méd. adhérent pratiques tarifaires maîtrisées*	80% ou 100%	140 %
- Méd.non adhérent pratiques tarifaires maîtrisées*	80% ou 100%	120 %
Séjour	80% ou 100%	125 %
Chambre particulière (10)	-	35 €/jour
Forfait journalier hospitalier psychiatrie (11)	-	15 €/jour
Forfait journalier hospitalier autres hospit. (11)	-	20 €/Jour
Participation aux frais d'accouchement (12)	-	75 €
<b>PREVENTION (13)</b>		
Ostéopathie / Chiropractie / Etiopathie (14)	-	10 €
Consultation diététique (enfant - de 15 ans) (15)		par séance (16)
Consultation psychologue (enfant - de 15 ans) (15)		
Traitement anti tabac (adulte de 18 ans et plus) (5)		30 € (6)
<b>OBSEQUES (à partir de 12 ans et jusqu'à 65 ans)</b>		450 €
<b>FORFAIT ACTES LOURDS (24 Euros)</b>		100% du Forfait
<b>MUTUELLE VERTE ASSISTANCE 24 H / 24 7J / 7</b>		OUI
* Pratiques Tarifaires Maîtrisées: OPTAM OPTAM-CO		

Les pourcentages indiqués s'appliquent sur le montant servant de base de remboursement aux régimes d'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.) Français. Cette garantie répond aux obligations du Décret n° 2014-1374 relatif au contrat responsable. Ainsi, les remboursements (AMO + Régimes Complémentaires) pouvant être perçus par l'assuré sont limités aux frais réels dûment justifiés et aux plafonds par acte prévus par ces dispositions réglementaires. De plus, ils ne pourront excéder le montant ou le pourcentage indiqué dans la colonne de droite. 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 coordonnés (sans prescription préalable du médecin traitant) ne pourront donner lieu à remboursement. En outre, cette garantie prend en charge l'ensemble des prestations de prévention remboursables prévues par l'arrêté du 8 juin 2006.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3.311 Euros au 1er janvier 2018) (PMSS 2019 en attente de publication par décret au Journal Officiel)

- (1) En cas d'application du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) par l'A.M.O., le remboursement complémentaire s'effectuera sur la même base (TFR).
- (2) 1 monture+ 2 verres par période de 24 mois\*. Pour les - de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue médicalement constatée sur une ordonnance, à titre dérogatoire, la période \* peut être ramenée à 12 mois. (\* : la période débute à compter de la date d'acquisition du dernier équipement remboursé.)
- (3) L'avantage fidélité est calculé à partir de la date d'adhésion à la garantie ci-dessus, en année civile pleine.
- (4) Verre simple :verre simple foyer sphère=<6 et cylindre=<4.Verre complexe :verre simple foyer sphère>6 ou cylindre>4 ou multifocal.Verre hypercomplexe :verre multifocal sphérique sphère>4 ou torique sphère>8. Equipement verres mixtes :V. simple + V. complexe ou hypercomplexe.Monture 150 Euros max.
- (5) Sur prescription médicale.
- (6) Forfait pour une année civile et par bénéficiaire, proratisé en cas d'adhésion ou de radiation en cours d'année.
- (7) Dents visibles=incisives,canines et 1ères prémolaires,autres dents=2èmes prémolaires,molaires.Sur présentation de la facture et du schéma dentaire détaillés.
- (8) Forfait par année civile et par bénéficiaire pour la prise en charge des frais de soins, du transport et des frais d'hébergement sur justificatif de dépense et limité aux frais engagés.
- (9) Hors soins externes. Les soins externes font l'objet d'un remboursement suivant la nature de l'acte.
- (10) Illimitée en Chirurgie, limitée à 90j en Médecine, Soins de Suite et de Réadaptation, 30j en Psychiatrie. Par année civile et par bénéficiaire.
- (11) Illimité en Chirurgie et en Médecine, limité aux minima prévus par les dispositions réglementaires du contrat responsable pour les autres types d'hospitalisation.
- (12) Directement liée aux prestations maternité et versée à la mère lorsqu'elle est bénéficiaire des prestations de La Mutuelle Verte.
- (13) Remboursement au titre du poste Prévention plafonné à 30 Euros par année civile et par bénéficiaire.
- (14) Pour les actes effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.
- (15) Sur présentation de la facture acquittée du (de la) praticien(ne) Diplômé(e) d'Etat et d'une attestation du médecin traitant (sous forme d'une demande d'un conseil diététique ou d'un bilan psychologique, sans donnée médicale).
- (16) Trois séances (par année civile et par bénéficiaire) maximum toutes disciplines citées.