

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime Obligatoire et sont exprimés en % de la base des Régimes Obligatoires (RO).

Hospitalisation secteur conventionné	100	125	150	175	200	225
Frais de séjour	100 %	125 %	150 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chirurgie et anesthésie	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	Néant	25 € / jour	35 € / jour	45 € / jour	55 € / jour	65 € / jour
Frais accompagnant	Néant	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour	15 € / jour
Transport du malade	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Hospitalisation secteur non conventionné	100	125	150	175	200	225
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chirurgie et anesthésie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière	Néant	Néant	Néant	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Dentaire	100	125	150	175	200	225
Soins dentaires	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses et orthodontie acceptées par le RO	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	225 %
Prothèses dentaires non acceptées : implantologie, parodontie	Néant	125 € / an	150 € / an	175 € / an	200 € / an	225 € / an
Plafond dentaire : année 1	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	700 €	900 €
Plafond dentaire : année 2 et années suivantes	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	1 000 €	1 200 €
Optique acceptée par le RO	100	125	150	175	200	225
Forfait optique annuel	75 €	150 €	175 €	200 €	250 €	275 €
Report de 50 % si non utilisé une année, soit sur 2 ans ⁽²⁾	112,50 €	225 €	262,50 €	300 €	375 €	412,50 €
Réfraction de l'oeil - Inclus au forfait optique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Consultation et pharmacie	100	125	150	175	200	225
Pharmacie (vignettes blanches, bleues et oranges)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecins généralistes ou spécialistes ⁽³⁾	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %
Auxiliaires médicaux	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %
Actes techniques médicaux et actes de spécialité	100 %	100 %	125 %	150 %	175 %	175 %
Imagerie médicale et biologie médicale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait ostéopathie, chiropractie (limité à 25 € / acte)	50 € / an	75 € / an	100 € / an	125 € / an	150 € / an	150 € / an
Services	100	125	150	175	200	225
Délai d'attente	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Questionnaire de santé	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Tiers payant national - Remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance - Néoliane Santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

- Aucun délai de stage pour toutes les formules (maternité 9 mois à 100 % pour les honoraires chirurgicaux).
- Aucun questionnaire médical.
- -4 % pour un tarif couple ; -6 % si au moins 1 enfant (monoparentale ou couple) ; -10 % pour les TNS et agricole ; -30 % pour le régime Alsace-Moselle.
- Gratuité du 3^{ème} enfant, payant à compter du 4^{ème}.
- L'Assureur des garanties est L'ÉQUITÉ (Groupe GENERALI) ou la Mutuelle UMC (Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité).
- Vos forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle en euro. (Contrat responsable en application de la loi N° 2004-810 du 13 août 2004) - Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8 € ainsi que les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires prévues à l'art. L.322-2 du code de la Sécurité Sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N° 2005-1226 du 29 septembre 2005.
- Sauf mention contraire, seules les prestations ayant donné lieu à un remboursement du régime obligatoire ouvrent droit à un remboursement complémentaire. Hors parcours de soins ou en l'absence de déclaration à la Sécurité Sociale du choix de son médecin traitant, il convient de retirer aux montants exprimés ci-dessus la majoration du ticket modérateur prévue par les textes et en vigueur à la date des soins, en aucun cas la Mutuelle ne peut rembourser ce montant d'honoraires. Sauf mention particulière, les garanties ne concernent que les prestations acceptées par la Sécurité Sociale et le secteur conventionné.

(1) Établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés : au maximum 30 jours par an et par assuré.

(2) Si l'assuré ne perçoit aucune prestation optique pendant la première année d'adhésion, alors le montant du forfait optique est majoré de 50 % l'année suivante, la majoration du forfait reste acquise à l'assuré tant qu'il ne perçoit pas de prestation optique.

(3) Psychiatres, neuropsychiatres et assimilés : au maximum 3 consultations par an et par assuré hors parcours de soins coordonnés.