

CALECHE		
AMO* Régime Obligatoire	Mutuelle Familiale de Normandie **	TOTAL **
HOSPITALISATION		
Frais de Séjour : pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif de responsabilité de l' A.M.O	80%	20%
Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique	80%	20%
Participation assuré : pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €		FR 24 €
Forfait Journalier Hospitalier (durée illimitée sauf MAS et EPHAD)		FR 24 €
Chambre particulière : prise en charge limitée au tarif signé par convention	illimité 60 € / jour	illimité 60 € / jour
En médecine	30 jours / an	30 jours / an
En chirurgie	90 jours / an	90 jours / an
Chambre particulière en ambulatoire (durée limitée à 5 jours par an)	20 € / jour	20 € / jour
Frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans inscrit sur le contrat (durée limitée à 15 jours par an)	35 € / jour	35 € / jour
Frais de transport	65%	35%
		100%
SOINS COURANTS		
Consultations et visites avec OPTAM	70%	80%
Consultations et visites sans OPTAM	70%	60%
Analyses et examens de laboratoire	60%	40%
Actes de radiologie, imagerie	70%	30%
Auxiliaires médicaux :	60%	40%
infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, sage-femme		
Orthopédie : bas de contention, semelles orthopédiques, ceinture dorsale	60%	40% + 50 € / an
Pharmacie	65%, 30%, 15%	35%, 70%, 85%
Appareillage - Prothèses capillaires et mammaires	65%	35% + 150 € / an
		100% + 50 € / an
		100%
		100% + 150 € / an
OPTIQUE		
Monture et verres ou Equipements relevant sur 100% santé (1) tels que définis réglementairement	60%	Prise en charge intégrale
Verres simples avec monture (monture ne dépassant pas 100 €) (1) (2)	60%	320 €
Verres mixtes avec monture (monture ne dépassant pas 100 €) (1) (2)	60%	360 €
Verres complexes ou très complexes avec monture (monture ne dépassant pas 100 €) (1) (2)	60%	400 €
Lentilles remboursées par le régime obligatoire (forfait annuel par bénéficiaire)	60%	200 €
Lentilles non remboursées par le régime obligatoire (forfait annuel par bénéficiaire)		200 €
Chirurgie laser de la myopie (forfait annuel par oeil)		600 €
		600 €
<p>(1) Prise en charge d'un équipement par bénéficiaire tous les 2 ans à partir de la dernière date de consommation RO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu par l'article L165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, médicalement constatée. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% santé (dits classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% santé (dits classe B), seuls les équipements relevant du 100% santé (classe A) seront remboursés dans leur totalité.</p> <p>(2) Ces forfaits intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique. Seul le ticket modérateur sera servi par la Mutuelle au-delà d'un équipement ou d'un forfait sans pouvoir dépasser le plafond par correction.</p>		
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires relevant du 100% santé tels que définis réglementairement	70%	Prise en charge intégrale
Consultations, Soins, Radiographies	70%	30%
Soins bucco-dentaires (détartrage, scellement des sillons)	70%	30%
Prothèses Dentaires remboursées par le régime obligatoire	70%	210%
Inlays, Onlays	70%	30%
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire (par semestre)	100%	100% + 200 €
Parodontologie (forfait annuel par bénéficiaire)		200 €
Forfait implants non remboursés par le régime obligatoire (forfait annuel par bénéficiaire)		450 €
		450 €

NOUVEAU

NOUVEAU

AIDES AUDITIVES

Aides auditives relevant du 100% santé (3)

telles que définies réglementairement

Aides auditives remboursées par le régime obligatoire

(forfait par oreille)

(3) Prise en charge par bénéficiaire valable tous les 4 ans. La prise en charge des aides auditives relevant du 100% santé entre en vigueur à partir du 1er janvier 2021. L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

60%

Prise en charge
intégrale

205€ + 105€

Prise en charge
intégrale

265€ + 105€

60%

CURE THERMALE

Cure thermale (soins)

Frais d'hébergement non remboursés par le régime obligatoire

65%, 70%

35%, 30%

153€ / an

100%

153€ / an

ACTES DE PRÉVENTION

Forfait confort : Ostéopathe, Acupuncteur, Chiropraticien, Etiopathe, Homéopathe, contraception, pédicure, podologue, microkinésithérapie, psychologue, dépassement d'honoraires en chirurgie. Montant global annuel par bénéficiaire à répartir en fonction de vos besoins

Sevrage tabagique (forfait annuel par bénéficiaire)

Vaccin anti-grippe

(sauf en cas de 100% par le régime obligatoire lié à l'âge ou à l'Ald)

Bilan du langage oral ou écrit (avant 14 ans)

Scellement des sillons (avant 16 ans)

Fonds social

150€

70%

70%

150€ / an

60€ / an
frais réels
(prix du vaccin
+ acte infirmier)

30%

30%

OUI

150€ / an

210€ / an
frais réels
(prix du vaccin
+ acte infirmier)

100%

100%

OUI

PRÉVOYANCE

Allocation de naissance ou adoption sur adhésion de l'enfant sur le contrat

Allocation décès

180€

762€

180€

762€

GARANTIE D'ASSISTANCE

Assistance Santé et Protection Juridique (4)

OUI

OUI

(4) Garantie par Filassistance International - Société anonyme au capital de 4 100 000 d'euros. Entreprise régie par la Code des assurances immatriculée au RCS de Nanterre sous le N° 433 012 689 dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX

* Taux de prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire (RO : Régime Obligatoire)

** Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale BR (réglementation en vigueur au 1er janvier 2019) et ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Elles s'entendent sous déduction du remboursement du régime obligatoire sauf pour les forfaits.

Les forfaits sont annuels et par bénéficiaire sauf mention spécifique (par exemple en orthodontie)

FR : frais réels

MAS : Maison d'accueil spécialisée EHPAD Etablissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes

OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Le dépassement d'honoraires pratiqué par le médecin de Secteur 2 est encadré par un accord signé avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie). Ce dispositif remplace le CAS (Contrat d'Accès aux Soins)

Ces garanties sont conformes au cahier des charges des contrats responsables, dans les conditions et limites en vigueur au 22/12/2018 (article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale modifié) et en vigueur au 01/01/2019 (article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié)



MUTUELLE FAMILIALE DE NORMANDIE



Groupe
Solimut
mutuelles
de France



www.mutuellefamilialedenormandie.com

Mutuelle Familiale de Normandie - Siège Social : 1, Avenue du Six Juin - 14100 LISIEUX - Tél. : 02 31 62 08 28

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et au Contrôle Prudentiel et de Résolution - N° SIREN 304 580 228

CALECHE

Contrat responsable et solidaire

HOSPITALISATION		
Base de Remboursement (BR) de la sécurité sociale : Selon l'établissement, 900 € par jour dans l'exemple Frais de séjour : 900 €		
Remboursement de la Sécurité Sociale (80% BR)	Remboursement de la Mutuelle Familiale de Normandie (20% BR)	Reste à charge
720 €	180 €	0 €



SOINS COURANTS			
	Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR) - 1 € de participation forfaitaire	Remboursement de la Mutuelle Familiale de Normandie	Reste à charge
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 1 (signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	20,00 €	13,50 €
Consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 (non signataire de l'OPTAM) BR : 25 € - Prix de la consultation : 50 €	16,50 €	15,00 €	18,50 €



OPTIQUE Monture + Verres simples			
	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle Familiale de Normandie	Reste à charge
Monture et verres relevant du 100% Santé (Classe A) Verres simples BR : 9,75 € PLV : 32,5 € (par verre) Monture - BR : 9 € PLV : 30 € Total équipement : 95 €	17,10 €	77,90 €	0 €
Autres équipements optiques (Classe B) Verres simples - BR : 0,05 € Prix : 125 € p/verre Monture - BR : 0,05 € Prix : 130 € Total équipement : 380 €	0,09 €	320,00 €	59,91 €



DENTAIRE			
	Remboursement de la Sécurité Sociale (70% BR)	Remboursement de la Mutuelle Familiale de Normandie	Reste à charge
Prothèses relevant du 100% Santé* Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	112 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Inlay Core - BR 90 € - PLV : 175 €	63 €	112 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Inlay Core - BR 90 € - Absence de PLV - Prix : 250 €	63 €	187 €	0 €
Prothèses relevant du 100% Santé* Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 500 €	84 €	416 €	0 €
Prothèses relevant du panier à tarifs maîtrisés Prothèse Fixe Céramique - BR 120 € - PLV : 550 €	84 €	252 €	214 €
Prothèses relevant du panier à tarifs libres Prothèse Fixe Céramique - BR 107,5 € - Absence de PLV - Prix : 600 €	75,25 €	225,75 €	299,00 €
Détartrage BR : 43,38 € - Prix : 43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €

*La mise en place du 100% Santé pour le poste dentaire se fera progressivement en 2020 et 2021. Cela comprend l'évolution des bases de remboursement et la mise en place de prix limite de vente.



AIDES AUDITIVES			
	Remboursement de la Sécurité Sociale (60% BR)	Remboursement de la Mutuelle Familiale de Normandie	Reste à charge
Aides auditives relevant du 100% Santé (Classe I) Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - PLV 950 € *	240 €	710 €	0 €
Autres aides auditives (Classe II) tarifs libres Aide auditive pour > 20 ans - BR : 400 € - Absence de PLV - Prix : 1400 € *	240 €	925 €	235 €

*Exemple basé sur la Base de remboursement au 1er janvier 2021.

La Base de remboursement des aides auditives évolue jusqu'au 1er janvier 2021, pour un montant de 400 € pour les > 20 ans et est de 1400 € pour les bénéficiaires <= 20 ans. Le prix limite de vente sera abaissé à 950 € en 2021 pour les > 20 ans et reste à 1400 € pour les <= 20 ans.



Mieux comprendre ma mutuelle

Base de remboursement (BR) : La Base de remboursement est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé en France par la Sécurité Sociale. Elle est fixée par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et détermine grâce à un barème pour chaque acte médical le montant sur lequel est calculé le remboursement de la Sécurité Sociale. Elle sert également de référence pour les assurances complémentaire santé.

Ticket Modérateur (TM) : Il s'agit la différence entre le remboursement de la Sécurité Sociale et le montant de la Base de remboursement.

Participation forfaitaire : La participation forfaitaire est une contribution de 1 €, déduite des remboursements de la Sécurité sociale, pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, mais également pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. La participation forfaitaire de 1 € s'applique à l'assuré et ses ayants droit majeurs.

Prix limite de vente (PLV) : Dans le cadre du 100% santé, des prix limite de vente (PLV) sont imposés aux professionnels de santé afin de limiter le reste à charge des frais de santé des assurés. Ces PLV concernent certains verres et montures (dits de classe A), certaines prothèses dentaires et certaines audioprothèses (dites de classe 1)

Tiers payant : Le tiers payant est le mécanisme qui permet à un patient de ne pas avoir à avancer l'intégralité des frais de ses dépenses santé, si elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale ou un organisme de complémentaire santé. Pour bénéficier du tiers payant, il est nécessaire de présenter votre carte Vitale au professionnel de santé.

Dépassements d'honoraires : Il s'agit de la différence entre les honoraires demandés par un praticien et la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO) : L'OPTAM est un dispositif remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins). Il a pour but de poursuivre l'encadrement des dépassements d'honoraires que pratiquent les médecins du secteur 2, qui fixent eux-mêmes les tarifs de leur consultation. L'OPTAM-CO concerne les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Réforme 100% Santé : Prix Limites de Vente



OPTIQUE : Équipements 100% Santé

	Équipement verres unifocaux			Équipement verres progressifs		
	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4	Sphérique	Cylindre de 0 à 4	Cylindre > 4
Niveau 1 : Corrections comprises entre 0 et 2 dioptries inclus	95 €	105 €	135 €	180 €	210 €	260 €
Niveau 2 : Corrections comprises entre 2 et 4 dioptries inclus	105 €	115 €	145 €	190 €	220 €	270 €
Niveau 3 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	125 €	135 €	165 €	210 €	240 €	290 €
Niveau 4 : Corrections comprises entre 4 et 8 dioptries inclus	225 €	235 €	265 €	290 €	320 €	370 €
Niveau 5 : Corrections supérieures à 12 dioptries						

Verres simples Verres complexes Verres très complexes



AIDES AUDITIVES

Équipements 100% Santé	1er janvier 2019		1er janvier 2020		1er janvier 2021		1er janvier 2022	
	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV	BR	PLV
- 20 ANS	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €	1 400 €
+ 20 ANS	300 €	1 300 €	350 €	1 100 €	400 €	950 €	400 €	900 €*

*Le PLV 2022 pour les plus de 20 ans pourra évoluer selon la consommation nationale recensée par la Sécurité Sociale



DENTAIRE

Équipements 100% Santé

Catégorie d'actes	Actes	01/04/2019	01/01/2020	01/01/2021	01/01/2022	01/01/2023
Couronnes BR à 120 € dès le 01/01/2020	Céramique-monolithique (hors zircone) sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530 €	500 €	500 €	500 €	500 €
	Céramique-Monolithique (zircone) hors molaires	480 €	450 €	450 €	450 €	450 €
	Métallique (toutes les dents)	320 €	290 €	290 €	290 €	290 €
	Céramique-métallique sur incisives, canines et 1eres prémolaires	530 €	500 €	500 €	500 €	500 €
Inlay-cores BR à 90 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	230 €	175 €	175 €	175 €	175 €
Couronnes transitoires BR à 10 € dès le 01/04/2019	Liés aux couronnes RAC 0	60 €	60 €	60 €	60 €	60 €
Bridges	Métallique	870 €	870 €	870 €	870 €	870 €
	Céramo-métallique	1 465 €	1 465 €	1 465 €	1 465 €	1 465 €
Prothèses dentaires amovibles	39 actes, hors transvissées et surimplantaires	Sans plafond				
Réparations	9 actes	Sans plafond				



www.mutuellefamilialedenormandie.com

Mutuelle Familiale de Normandie - Siège Social : 1, Avenue du Six Juin - 14100 LISIEUX - Tél. : 02 31 62 08 28
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - N° SIREN 304 580 228