

Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2022			AMO en % BR	Mutuelle	ASCE AMO + Mutuelle
HOSPITALISATION (1)					
Frais de séjour	80%	TM		100 % BR	
Honoraires médecins (sauf esthétique) - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	50%		130 % BR	
Honoraires médecins (sauf esthétique) - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	80%	30%		110 % BR	
Frais d'accompagnement - <i>Par jour</i>	Néant	18 €		18 €	
Chambre particulière (1a) - <i>Par jour</i>	Néant	47 €		47 €	
Forfait journalier en hôpital ou en clinique (1b)	Néant	20 €		20 €	
Forfait journalier en psychiatrie (1b)	Néant	15 €		15 €	
Forfait ambulatoire - <i>par intervention et plafonné au montant de la dépense</i>	Néant	20 €		20 €	
Participation "actes lourds"	Néant	24 €		24 €	
OPTIQUE (2)					
Équipement optique de CLASSE A (monture + verres) (équipement 100% santé *)					
Forfait Monture	60%	100% PLV - AMO		100 % PLV	
Forfait par Verre	60%	100% PLV - AMO		100 % PLV	
Équipement optique de CLASSE B (monture + verres)					
Forfait Monture	60%	80 €	TM inclus dans les forfaits	60% BR + 80€	
Forfait par Verre unifocal simple et moyenne correction	60%	82 €		60% BR + 82€	
Forfait par Verre unifocal forte correction	60%	82 €		60% BR + 82€	
Forfait par Verre multifocal faible correction	60%	82 €		60% BR + 82€	
Forfait par Verre multifocal forte correction	60%	82 €		60% BR + 82€	
SUPPLÉMENTS OPTIQUES					
Classe A					
Adaptation de la correction visuelle, appariage de verre d'indice de réfraction différent, verre avec filtre	60%	100% PLV - AMO		100 % PLV	
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES					
Lentilles remboursées ou non par l'AMO, y compris forfait adaptation (sur prescription médicale)	60% ou néant	TM + 190€		100% BR + 190€	
Chirurgie réfractive (opération non remboursée par l'AMO) - <i>Par œil</i>	Néant	305 €		305 €	
DENTAIRE					
PROTHESES DENTAIRES					
Panier de soins 100% santé *					
Soins	70%	100% HLF - AMO	HLF = Honoraire limite de facturation	100 % HLF	
Inlay-Core	70%	100% HLF - AMO		100 % HLF	
Prothèses et réparations remboursées par l'AMO	70%	100% HLF - AMO		100 % HLF	
Prothèses transitoires remboursées par l'AMO	70%	100% HLF - AMO		100 % HLF	
Panier de soins aux tarifs maîtrisés (limité au HLF) ou tarifs libres					
Prothèses et réparations remboursées par l'AMO	70%	200%		270 % BR	
Inlay-Core	70%	200%		270 % BR	
Prothèses transitoires remboursées par l'AMO (tarifs maîtrisés)	70%	200%		270 % BR	
Soins dentaires (y compris parodontologie et détartrage remboursés par l'AMO)	70%	30%		100 % BR	
Inlays-onlays	70%	30%		100 % BR	
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES					
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	170%		270 % BR	
Prothèses non remboursées par l'AMO - <i>forfait par an et par bénéficiaire</i>	Néant	100 €		100 €	
Implants non remboursés par l'AMO - <i>forfait par an et par bénéficiaire</i>	Néant	200 €		200 €	
AIDES AUDITIVES (3)					
Équipement 100% santé - Classe 1 *					
Enfant et adulte - <i>une fois tous les 4 ans par oreille - (prise en charge minimum du TM)</i>	60%	100% PLV - AMO		100 % PLV	
Équipement Tarif libre - Classe 2					
Enfant et adulte - <i>une fois tous les 4 ans par oreille - (prise en charge minimum du TM)</i>	60%	250%		310 % BR	
Piles, entretien et réparation	60%	TM		100 % BR	
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	60%		130 % BR	
Honoraires médicaux Généralistes - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	40%		110 % BR	
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	60%		130 % BR	
Honoraires médicaux Spécialistes - Praticien Non signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	40%		110 % BR	
Actes de spécialité - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	60%		130 % BR	
Actes de spécialité - Praticien Non Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	40%		110 % BR	
Imagerie médicale - Praticien Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	60%		130 % BR	
Imagerie médicale - Praticien Non Signataire OPTAM ou OPTAM-CO	70%	40%		110 % BR	
Honoraires paramédicaux	60%	TM		100 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	60%	TM		100 % BR	
Transport	65%	TM		100 % BR	
Médicaments remboursés par l'AMO	30%-65%	TM		100 % BR	
Matériel médical	65%	205%		270 % BR	
Fauteuil roulant (remboursé par l'AMO)	100%	762 €		100% BR + 762€	

CURES THERMALES

Séjour - soins	65%	TM	100 % BR
Honoraires - soins - transport	70%	TM	100 % BR
PREVENTION (sur facture acquittée)			
PACK BIEN-ETRE : Ostéopathe, Etiopathe, Chiropracteur, Pédicure-Podologue, Acupuncteur, Microkiné, Prophylaxie dentaire - <i>Crédit annuel</i>	Néant	70 €	70 €
Densitométrie osseuse non remboursée par l'AMO	Néant	frais réels	frais réels
Sevrage Tabagique	Néant	76 €	76 €
Vaccin antigrippe prescrit	Néant	frais réels	frais réels
Vaccins prescrits non remboursés par l'AMO - <i>Crédit annuel</i>	Néant	frais réels	frais réels
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (liste disponible auprès de la mutuelle)	Rbt AMO	TM	100 % BR
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES			
Prestation maternité / adoption (**)	Néant	1 an de cotisation offert	1 an de cotisation offert
Indemnité obsèques (***)	Néant		
Tiers-payant avec les PFI de Grenoble ou paiement sur présentation de la facture acquittée. Prestation versée sous réserve d'un reste à charge supérieur ou égal à 305€.	Néant	305 €	305 €
Une ASSISTANCE pour vous accompagner et pour affronter les aléas de la vie	Néant	Oui	Oui
L'adhésion ouverte à tous sans questionnaire médical, sans exclusion, sans droit d'entrée	Néant	Oui	Oui
Conseil pour vos remboursements sur vos devis dentaire, optique et hospitalisation	Néant	Oui	Oui
Tiers-payant étendu	Néant	Oui	Oui
Magazine interne	Néant	Oui	Oui

(1) Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus.

(1a) La durée de la prise en charge de la **chambre particulière** est illimitée en Chirurgie, Médecine et Maternité. La chambre particulière est prise en charge en psychiatrie ou dans les autres établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence) dans la limite de 30 jours par an par bénéficiaire.

(1b) **Le forfait journalier** est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.

(2) **Optique** : Possibilité de choisir la monture en classe A ou B et de prendre les verres dans l'autre classe.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 24 mois glissants.

Cette période est ramenée à 1 an (glissant) pour un équipement (1 monture et 2 verres), en cas d'évolution de la correction optique selon certains critères (voir annexe).

Pour les enfants de plus de 6 ans et moins de 16 ans : prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 12 mois glissants.

Aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas d'évolution de la correction optique objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans : prise en charge possible au terme d'une période minimale de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie de l'enfant et entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans tous les cas : Aucun délai minimum de renouvellement n'est applicable en cas d'évolution liée à des situations médicales particulières (voir annexe), sous réserve d'une prescription médicale d'un ophtalmologiste.

Lors d'un achat d'un équipement (monture + 2 verres) espacé dans le temps, la date à partir de laquelle le délai en vue d'un renouvellement est compté est la date de délivrance du dernier élément (monture ou verre).

La prise en charge de 2 équipements simultanés est possible dans certains cas particuliers, sous réserve d'une ordonnance de l'ophtalmologiste le précisant (voir annexe).

(3) **Aides auditives** : Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives est prévu tous les 4 ans et tient compte des 4 dernières années antérieures. Le remboursement d'un appareil de classe 2 ne peut excéder un plafond de 1700€ par oreille.

(*) Selon la réglementation en vigueur.

(**) Si inscription de l'enfant dans les 30 jours suivant la naissance ou l'adoption.

(***) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660.

LEXIQUE

AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement / TM : Ticket modérateur / PLV : Prix Limite de Vente

La Mutuelle s'engage sur les garanties telles que définies dans la colonne "mutuelle".

Les prestations en Euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.

Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) ou à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE & OBSTETRIQUE (OPTAM-CO) à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM) ou à l'OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE & OBSTETRIQUE (OPTAM-CO). Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.

Pour tous les remboursements de soins avec dépassement d'honoraires, merci de nous fournir la facture acquittée.