

Les remboursements mentionnés dans la grille s'appliquent dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés et sous réserve de déclaration d'un médecin traitant. Ils comprennent la part de la Sécurité sociale et interviennent dans la limite des frais réellement engagés.

Formule F1	Formule F2	Formule F3
Base Conventioneerelle	F1 avec Option 1	F1 avec Option 1 ou F2 avec Option 2

+ Garantie supérieure à ce que propose la CCN

HOSPITALISATION (y compris maternité)

Frais de séjour	100% BR	200% BR +	300% BR +
Honoraires praticiens adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾⁽²⁾	150% BR	250% BR +	500% BR +
Honoraires praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ^{(1) (2)}	130% BR	200% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Honoraires praticiens non conventionnés	100% BR	100% BR	100% BR
CHAMBRE PARTICULIÈRE - forfait maximum / jour / bénéficiaire			
Etablissement conventionné	1,5% PMSS	2,5% PMSS	3% PMSS
Etablissement non conventionné (dans la limite de 90% des frais réels)	1,5% PMSS	2,5% PMSS	3% PMSS
Chambre ambulatoire	1,5% PMSS	2,5% PMSS	2,5% PMSS
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 17 ans)	1% PMSS	1,5% PMSS	1,75% PMSS
Allocation maternité ou adoption - par enfant (doublée en cas de naissances multiples)	150 €	200 €	550 €
Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale	-	50 € +	50 € +
Fécondation in vitro non prise en charge par la Sécurité sociale	-	-	50 € +
Participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX : consultations et visites de généralistes et spécialistes

Généralistes adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR	150% BR +	250% BR +
Généralistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100% BR	130% BR +	200% BR +
Spécialistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	150% BR	200% BR +	300% BR +
Spécialistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	130% BR	180% BR +	200% BR

HONORAIRES MÉDICAUX : actes de spécialités et de petite chirurgie (réalisés en cabinet)

Praticiens adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	150% BR	235% BR +	300% BR +
Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	130% BR	200% BR +	200% BR

ACTES DE RADIOLOGIE : scanner, imagerie, ostéodensitométrie

Praticiens adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	150% BR	180% BR	200% BR
Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	130% BR	160% BR	180% BR

HONORAIRES PARAMÉDICAUX : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes

	100% BR	200% BR +	250% BR +
--	---------	-----------	-----------

Consultations de psychologues remboursées par la Sécurité Sociale (dispositif Monpsy) : dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire

	100% BR	100% BR	100% BR
--	---------	---------	---------

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE : actes de biologie et prélèvements

	100% BR	150% BR +	200% BR +
--	---------	-----------	-----------

MATÉRIEL MÉDICAL (dispositifs médicaux, produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion des dispositifs médicaux intégrés dans d'autres postes).

Orthopédie, petit matériel médical	200% BR	300% BR	300% BR+600€
Prothèses (autres que dentaires et auditives) et gros matériel médical	200% BR	300% BR	300% BR+600€
Forfait actes lourds	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels

MÉDICAMENTS : tous les médicaments prescrits remboursés par la Sécurité sociale (y compris les honoraires de dispensation)

	100% BR	100% BR	100% BR
--	---------	---------	---------

TRANSPORT SANITAIRE pris en charge par la Sécurité sociale : ambulance, taxi conventionné, hors SMUR⁽³⁾

	100% BR	100% BR	100% BR
--	---------	---------	---------

DENTAIRE

SOINS DENTAIRES remboursés par la Sécurité sociale : soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie

Soins conservateurs, consultations, radiologie, prophylaxie	125% BR	125% BR	125% BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	125% BR	125% BR	125% BR

PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ (telles que définies réglementairement)

PROTHÈSES DENTAIRES à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres (remboursement plafonné aux honoraires limites de facturation dans le cadre du tarif maîtrisé)	100% frais réels dans le respect des honoraires limites de facturation		
PROTHÈSES DENTAIRES à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres (remboursement plafonné aux honoraires limites de facturation dans le cadre du tarif maîtrisé)	Dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire. Au delà, remboursement limité à 125% BR		

Prothèses (Hors inlays-onlays) à tarif maîtrisé ou à tarifs libres (remboursements plafonnés aux honoraires limites de facturation dans le cadre du tarif maîtrisé)	225% BR	325% BR +	425% BR +
Inlays-onlays à tarif maîtrisé ou à tarifs libres (remboursements plafonnés aux honoraires limites de facturation dans le cadre du tarif maîtrisé)	225% BR	325% BR +	425% BR +

ORTHODONTIE

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	225% BR	325% BR +	425% BR +
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	200% BR +	400% BR +

AUTRES ACTES DENTAIRES non remboursés par la Sécurité sociale

Parodontologie (forfait global par an et par bénéficiaire)	-	200€ +	400€ +
Implantologie (forfait global par an et par bénéficiaire)	-	200€ +	400€ +

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale sur laquelle est calculé le remboursement. Lorsque les dépenses de santé sont engagées dans le secteur non conventionné, les remboursements de la Sécurité sociale sont effectués sur la base du tarif d'autorité, ou du tarif en vigueur. TM : différence entre la base de remboursement (BR) et le montant du remboursement de la Sécurité sociale. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur prévu à l'article L241-3 du code de la Sécurité sociale.

Formule F1	Formule F2	Formule F3
Base Conventionnelle	F1 avec Option 1	F1 avec Option 1 ou F2 avec Option 2

+ Garantie supérieure à ce que propose la CCN

OPTIQUE (Remboursement limité à 1 équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, auxquels cas la limitation est d'un équipement par an)

EQUIPEMENTS OPTIQUES 100% SANTÉ Adulte/Enfant (tels que définis règlementairement)

Verres quel que soit le niveau de la correction Prestation d'appairage et prestation d'adaptation de l'ordonnance en cas de renouvellement	100% Frais Réels dans le respect des prix limites de vente
Monture	100% Frais Réels dans la limite de 30 €

EQUIPEMENTS À PRIX LIBRE : Adulte/Enfant

Monture (max. 100 Euros) + verres selon type (4)

Monture + verres simples	250 €	350 €	400 €
Monture + verres complexes	350 €	500 € +	550 € +
Monture + verres très complexes	450 €	600 € +	700 € +
Monture + verre simple et verre complexe	300 €	425 € +	475 € +
Monture + verre simple et verre très complexe	350 €	475 € +	550 € +
Monture + verre complexe et verre très complexe	400 €	550 €	625 €
Prestation d'appairage	100% BR	100% BR	100% BR
Supplément pou verres avec filtres	100% BR	100% BR	100% BR
Prestation d'adaptation de l'ordonnance en cas de renouvellement	100% BR	100% BR	100% BR +
Autres suppléments (prisme/système antiptosis/ verres iséiconiques)	100% BR	100% BR	100% BR

LENTILLES (forfait par an et par bénéficiaire)

Lentilles prescrites remboursées, y compris jetables ⁽²⁾	200 €	250 €	350 €
Lentilles prescrites non remboursées, y compris jetables	200 €	250 €	280 €
CHIRURGIE DE LA MYOPIE (par oeil) : honoraires seuls	-	400 €	400 €

AIDES AUDITIVES remboursement limité à un équipement tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition.

EQUIPEMENTS 100% SANTÉ (tels que définis règlementairement) : adulte ou enfant 100% Frais Réels dans le respect des prix limites de vente

EQUIPEMENTS À PRIX LIBRE

Aide auditive adulte à partir de 21 ans (par oreille)	200% BR	300% BR	300% BR
Aide auditive enfant jusqu'à 20 ans inclus ou personne atteinte de cécité (par oreille)	120 BR	120 BR	120 BR
Accessoires (piles) remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

CURES THERMALES (remboursées par la Sécurité sociale)

Honoraires médicaux	100 % BR	100 % BR +	100 % BR
Forfait pour frais non remboursés (par an et par bénéficiaire)	-	350 € +	350 €

AUTRES SOINS ET PRÉVENTION

MÉDECINES DOUCES (dans la limite de 4 par an et par bénéficiaire)

Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture	30 € +	30 € +	105 €
Psychomotricité, étiothérapie, sevrage tabagique	25 €	25 €	25 €
Tous les actes de prévention remboursés par la Sécurité Sociale et actes de prévention du contrat responsable	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins contre la grippe et autres vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (sur présentation de facture)	-	-	100 % FR

LES SERVICES +

Tiers payant national Plan Santé			
Accès aux réseaux de professionnels de santé Itelis (opticiens, centres de chirurgie réfractive, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes)			
Assistance Vie quotidienne +			
Protection juridique médicale	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation médicale illimitée			
Action sociale +			
Catalogue de vacances « BTP Vacances » +			

(1) Ce contrat est responsable, tel que défini par la législation en vigueur. A ce titre, la Mutuelle Mieux-Etre ne peut pas prendre en charge : la participation forfaitaire de un euro sur les consultations et les actes de biologie ; les franchises médicales (0,50 euros sur les médicaments et sur les actes effectués par un auxiliaire médical, 2 euros par transport) ; la majoration de ticket modérateur applicable aux actes effectués en dehors du parcours de soins coordonné ou en l'absence de désignation d'un médecin traitant ; Une partie des dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques, (17,50 % du dépassement autorisé, sur la base du tarif de convention applicable au secteur 1). Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée au sens de l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale : CAS (contrat d'accès aux soins), OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

(2) Remboursements de Sécurité sociale exprimés hors exonération de ticket modérateur, total ou partiel, auquel cas cette exonération sera déduite du remboursement effectué par la Mutuelle Mieux-Etre au titre du ticket modérateur.

(3) Les frais afférents à des hospitalisations en établissement psychiatrique, en unités de soins de longue durée, en établissement de convalescence, de repos et de re-éducation, sont exclus au-delà du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier. Le remboursement des frais ne peut être inférieur au ticket modérateur (y compris en secteur non conventionné).

(4) Les verres simples de sphère non comprise entre -6 et +6, ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4, ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieur à 6, sont assimilés à des verres complexes en termes de garanties. Verre très complexe: verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de -8,00 à 8,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de 4,00 à 4,00 dioptries.