

 **Estimez et Suivez vos remboursements santé sur mbamutuelle.com**
en vous connectant sur l'espace personnel sécurisé

Les garanties ci-après s'appliquent dans les conditions prévues par le règlement mutualiste ou, pour les garanties d'assistance, dans la notice d'information.
Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels engagés.

		Formule 1	Formule 2	Formule 3
		Responsable	Responsable	Responsable
Précisions		Remboursement total avec votre garantie ⁽¹⁾	Remboursement total avec votre garantie ⁽¹⁾	Remboursement total avec votre garantie ⁽¹⁾
Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés à l'exclusion des frais facturés par les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées (MAS), hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), etc.)				
Honoraires				
Honoraires - Signataires de l'OPTAM*	Pour les établissements hospitaliers privés, sur présentation du bordereau d'hospitalisation.	100% BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires - Non Signataires de l'OPTAM*		100% BR	130 % BR	180 % BR
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier	Durée illimitée.	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Autres frais				
Frais de séjour		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Chambre particulière en séjour hospitalier	Limitée à 180 jours par an, réduite à 60 jours par an en cas de séjour en psychiatrie. Sur présentation d'une facture acquittée de l'établissement hospitalier	30 €/jour	50 €/jour	70 €/jour
Chambre particulière en hospitalisation ambulatoire Hospitalisation en ambulatoire : entrée et sortie le même jour	Limitée à 10 jours par an. Sur présentation d'une facture acquittée de l'établissement hospitalier	15 €/jour	15 €/jour	25 €/jour
Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire assuré	Durée illimitée. Sur présentation de justificatifs de frais. Versés sous réserve que la personne accompagnante et la personne hospitalisée soient inscrites au contrat. Couvrent les frais de transport, d'hébergement et de restauration de la personne accompagnante, à l'exclusion de toutes autres dépenses.	-	20 €/jour	35 €/jour
Soins externes		100 % BR	100% BR	100% BR
Participation forfaitaire pour actes coûteux		Frais réels	Frais réels	Frais réels
Maternité et adoption				
Allocation de naissance ou d'adoption*	Le forfait est versé à compter du 9ème mois d'adhésion à la Mutuelle. Naissances ou adoptions multiples : multipliée par le nombre d'enfants Sur présentation de la photocopie du livret de famille, de l'extrait d'acte de naissance ou du certificat définitif d'adoption.	-	150 €	300 €
Chambre particulière en service maternité	Limitée à 180 jours par an (limite commune à la chambre particulière en séjour hospitalier). Sur présentation d'une facture acquittée de l'établissement hospitalier	30 €/jour	50 €/jour	70 €/jour
Soins courants (secteur conventionné et non conventionné⁽²⁾)				
Honoraires médicaux				
Consultations et visites généralistes - Signataires de l'OPTAM*		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultations et visites généralistes - Non Signataires de l'OPTAM*		100 % BR	130 % BR	180 % BR
Consultations et visites spécialistes - Signataires de l'OPTAM*		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultations et visites spécialistes - Non Signataires de l'OPTAM*		100 % BR	130 % BR	180 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires de l'OPTAM*		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non Signataires de l'OPTAM*		100 % BR	130 % BR	180 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires de l'OPTAM*		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non Signataires de l'OPTAM*		100 % BR	130 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Séances de psychologie remboursées par la Sécurité sociale	Prise en charge de séances dispensées par les psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur monpsy.sante.gouv.fr	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses, actes de biologie et prélèvements		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Médicaments				
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	Remboursement des médicaments (y compris l'homéopathie) sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée, sous réserve de figurer dans le répertoire des médicaments de l'ANSM.	-	25 €/an	50 €/an
Matériel médical				
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	Y compris semelles orthopédiques, bas de contention, orthèses, simulateurs cardiaques, fauteuils roulants... A l'exception des prothèses auditives et dentaires.	100 % BR	100 % BR + 150 €/an	100 % BR + 300 €/an
Autres				
Transport remboursé par la Sécurité sociale		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Participation forfaitaire pour actes coûteux		Frais réels	Frais réels	Frais réels

 **Estimez et Suivez vos remboursements santé sur mbamutuelle.com**
en vous connectant sur l'espace personnel sécurisé

Les garanties ci-après s'appliquent dans les conditions prévues par le règlement mutualiste ou, pour les garanties d'assistance, dans la notice d'information.
Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels engagés.

Précisions

	Formule 1	Formule 2	Formule 3
	Responsable	Responsable	Responsable
	Remboursement total avec votre garantie ⁽¹⁾	Remboursement total avec votre garantie ⁽¹⁾	Remboursement total avec votre garantie ⁽¹⁾

Aides auditives

Equipement 100% Santé**				
Prothèses auditives de Classe I ⁽³⁾	Equipement 100% Santé : Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé tel que défini réglementairement. Renouvellement tous les 4 ans.	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Equipement tarifs libres				
Prothèse auditive de Classe II ⁽³⁾	Renouvellement tous les 4 ans.	100 % BR + 100 €/oreille	100 % BR + 300 €/oreille	100 % BR + 500 €/oreille
Autres				
Piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR

Dentaire

Soins et prothèses 100% Santé**				
Prothèses dentaires	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé tel que défini réglementairement.	100% HLF	100% HLF	100% HLF
Prothèses				
Inlays-cores	Reste à charge modéré. En l'absence de liaison NOEMIE, prise en charge sur présentation du décompte de la Sécurité sociale accompagné de la facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale.	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale		125 % BR	200 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : prothèses dentaires fixes, prothèses dentaires amovibles, prothèses dentaires transitoires, réparations sur prothèses	Facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale. Les inter de bridges ne sont pas remboursés au titre du présent contrat.	-	200 €/an	300 €/an
Soins				
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Autres				
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR	150 % BR	200 % BR
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	En l'absence de liaison NOEMIE, prise en charge sur présentation du décompte de la Sécurité sociale accompagné de la facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale.	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		125 % BR	200 % BR	300 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale		-	200 €/an	300 €/an
Implants non remboursés par la Sécurité sociale	Facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale.	-	200 €/an	300 €/an
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Y compris orthodontie adulte. Facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale.	-	200 €/an	300 €/an
Détartrage annuel complet sur et sous gingival remboursé par la Sécurité sociale	Facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale.	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Optique*

Equipement 100% Santé **				
Monture et verres - Classe A ⁽⁴⁾	Equipement 100% Santé : Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé tel que défini réglementairement . Renouvellement des lunettes : limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, réduit à un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (justificatifs à fournir). Pour l'appréciation de la période de deux ans, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Equipement tarifs libres				
Panier aux tarifs libres - Classe B ⁽⁴⁾	Renouvellement des lunettes : limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, réduit à un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (justificatifs à fournir). Pour l'appréciation de la période de deux ans, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Le forfait comprend le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur. Monture : prise en charge maximum de 50 € pour la formule 1, de 80 € pour la formule 2 et de 100 € pour la formule 3, montant inclus dans le forfait de l'équipement.			
Equipement avec 2 verres simples		100 €	200 €	250 €
Equipement avec 2 verres complexes		200 €	250 €	350 €
Equipement avec 2 verres très complexes		200 €	300 €	500 €
Suppléments et prestations optiques (pour les verres Classe A et Classe B)				
Adaptation de la prescription de verres correcteurs		100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Appairage (hors verres Classe B)				
Verres avec filtres				
Autres				
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Sur présentation d'une facture acquittée.	100% BR	100 % BR + 100 €/an	100 % BR + 200 €/an
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale	Toute chirurgie de l'œil (y compris Kératotomie). Y compris les implants multifocaux. Sur présentation d'une note d'honoraire du praticien détaillant le nombre d'œil opéré. Le forfait est versé à compter de la 2ème année d'adhésion.	-	150 €/œil/an	300 €/œil/an



Estimez et Suivez vos remboursements santé sur mbamutuelle.com en vous connectant sur l'espace personnel sécurisé

Les garanties ci-après s'appliquent dans les conditions prévues par le règlement mutualiste ou, pour les garanties d'assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels engagés.

	Précisions	Formule 1	Formule 2	Formule 3
		Responsable	Responsable	Responsable
		Remboursement total avec votre garantie ⁽¹⁾	Remboursement total avec votre garantie ⁽¹⁾	Remboursement total avec votre garantie ⁽¹⁾
Prévention				
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	Conformément au cahier des charges des contrats responsables, défini par l'article L.871-I du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins anti-grippe	Sur facture acquittée.	-	Frais réels	Frais réels
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	Sur prescription médicale et facture acquittée.	-	25 €/an	50 €/an
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac	Sur prescription médicale et facture acquittée d'une pharmacie d'officine (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, à l'exclusion de la cigarette électronique).	-	50 €/an	100 €/an
Dépistage des troubles de l'audition		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Bien-être				
Médecine douce ⁽⁵⁾	Sont concernées les spécialités suivantes : ostéopathie, psychologie, psychothérapie, diététique, podologie, chiropractie, psychomotricité, ergothérapie, étiothérapie et toutes autres médecines douces dispensées par un professionnel de santé attestant d'un numéro ADEL/ FINESS/RPPS. Sur présentation d'une facture acquittée, nominative, détaillée et comportant le cachet du praticien.	15 €/séance 3 séances/an	25 €/séance 3 séances/an	35 €/séance 3 séances/an
Sport sur jeunes	Limité au bénéficiaire âgé de moins de 25 ans (date d'anniversaire) à la date d'inscription à une association sportive. Sur présentation du justificatif daté et nominatif indiquant le montant acquitté et sous réserve que la discipline pratiquée soit reconnue par une fédération sportive française.	40 €/an	40 €/an	40 €/an
Sport sur ordonnance	Sur présentation de la photocopie du formulaire spécifique (prescription médicale) établi par le médecin et de la facture acquittée des frais d'inscriptions établie par le professionnel formé à l'APA.	100 €/an	100 €/an	100 €/an
Cure thermique				
Honoraires et soins, transports et hébergement remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait pour cure thermique *	Limité aux frais de transport et d'hébergement liés à la cure thermique.	-	100 €/an	200 €/an
Prestations complémentaires				
Téléconsultations	Consultations médicales à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes. Service disponible depuis votre espace personnel sur www.mbamutuelle.com	Incluses	Incluses	Incluses
Assistance santé	Aide à domicile, garde d'enfants/malade, aide psycho-sociale, écoute, conseil et orientation... Retrouvez toutes les informations sur votre espace personnel (rubrique Vos Documents) sur www.mbamutuelle.com			
Analyse des devis optiques, dentaires et auditifs	Retrouvez toutes les informations sur votre espace personnel (rubrique Mes devis) sur www.mbamutuelle.com			

Lexique : BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale HLF : Honoraires Limites de Facturation PLV : Prix Limites de Vente

OPTAM : L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée est un contrat conclu entre l'Assurance maladie et les médecins par lequel les médecins signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

Le(s) garantie(s) respecte(nt) le cahier des charges des contrats responsables et répond(ent) à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-I du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires en vigueur.

- Garanties y compris avec les remboursements de la Sécurité sociale sauf pour les forfaits exprimés en euros qui viennent en complément des éventuels remboursements de la Sécurité sociale, sauf précision contraire, et sont versés dans la limite des frais réels engagés.
- En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.
- La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 ans. Pour l'appréciation de la période de 4 ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Dans le cadre d'une acquisition d'une aide auditive de la classe II, la prise en charge totale (y compris avec le remboursement de la Sécurité sociale) ne pourra excéder la limite de 1 700 € par aide auditive.
- Pour toutes précisions, se référer au règlement mutualiste.
- La Mutuelle ne prend en charge que les séances de médecine douce réalisées par des professionnels de santé enregistrés dans les répertoires nationaux RPPS, ADEL ou FINESS ou, pour les étiothérapeutes, enregistrés au Registre National des Etiopathes. La Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut du praticien.

**L'offre 100 % Santé s'adresse à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé responsable.

» PRÉCISIONS SUR VOS GARANTIES

MATERNITÉ*	OPTIQUE*	CURE THERMALE*	OPTAM*
Allocation de naissance ou d'adoption Cette allocation est destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à une naissance. Elle est versée pour la naissance d'un enfant déclaré à l'état civil. La même allocation est versée pour l'adoption d'un enfant. Seule la naissance d'un enfant du Membre Participant (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à la prestation. En cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le Membre Participant lui-même.	La garantie ne prend pas en charge : - les produits d'entretien des lunettes et des lentilles, - les essais de lentilles ou les lentilles d'adaptation - les frais de réparation des lunettes, - les frais de port en cas de réception par voie postale d'un équipement optique ou de lentilles. La prise en charge de vos lunettes est limitée à un équipement (verres + monture) tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du dernier élément de l'équipement, verres ou monture) par le Membre Participant. Le remboursement du ticket modérateur est compris dans le forfait.	La Mutuelle verse un forfait pour la prise en charge des frais de transport et d'hébergement liés à une cure thermique remboursée par la Sécurité sociale. Ce forfait vient en complément du remboursement du ticket modérateur lorsque ces frais sont remboursés par la Sécurité sociale. Les frais de transports sont calculés et remboursés dans les mêmes conditions que celles de la Sécurité Sociale, soit sur la base du tarif théorique d'un aller/retour SNCF en 2e classe, quel que soit le mode de transports utilisé et dans la limite des frais réellement engagés.	L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) est un contrat conclu entre l'Assurance maladie et les médecins par lequel les médecins signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

» PIÈCES À JOINDRE À VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Bénéficiaire NOEMIE :

Si la liaison directe et automatisée (liaison NOEMIE) entre votre caisse d'assurance maladie obligatoire et MBA Mutuelle est active, le remboursement complémentaire s'effectue automatiquement pour une grande majorité de vos soins. Vous devez toutefois nous transmettre les pièces justificatives, listées dans votre tableau de garantie, pour obtenir le remboursement complémentaire de certaines prestations (actes ou frais non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, dépassement d'honoraires, etc.).

Non bénéficiaire NOEMIE :

Vous devez nous transmettre systématiquement vos décomptes de Sécurité Sociale, ainsi que les pièces listées dans votre tableau de garanties, dans les situations suivantes :
- En l'absence de liaison directe et automatisée (liaison NOEMIE) entre votre caisse d'assurance maladie obligatoire et MBA Mutuelle.
- En l'absence de la mention « décompte transmis directement à MBA Mutuelle » sur vos relevés de prestations de la Sécurité sociale.

» NOS SERVICES +

• Avec votre carte mutualiste, bénéficiez du tiers-payant (dispense d'avance de frais) pour une majorité de vos soins.

• En créant votre espace personnel depuis le site www.mbamutuelle.com, consultez vos remboursements 7j/7 et 24h/24, transmettez vos demandes de renseignements et disposez de nombreuses informations.

Notre centre de Relation Adhérents se tient à votre disposition
du lundi au vendredi de 8H30 à 18H00 au
02.99.29.66.00
ou par mail à contact@mbamutuelle.com