

TABLEAU DE GARANTIES

Garanties en vigueur au 1er janvier 2019
Régime général

	Régime Obligatoire (RO)	Remboursement Mutuelle	REMBOURSEMENT TOTAL y compris régime obligatoire (RO)
Hospitalisations			
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	100%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique			
Praticien adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	80% ou 100%	20% ou 0%	400%
Praticien non adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM CO	80% ou 100%	20% ou 0%	200%
Transports remboursés par le Régime Obligatoire	65%	35%	100%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée (1) (2)	-	60 €/nuitée - 45 nuitées/an	60 €/nuitée - 45 nuitées/an
Chambre particulière en ambulatoire (1) (3)	-	20 €	20 €
Frais d'accompagnement (4)		30 €/jour	30 €/jour
Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - Cures médicales en établissements de personnes âgées, - Ateliers thérapeutiques, - Instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, - Centres de rééducation professionnelle, - Services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.			
Soins médicaux et paramédicaux			
Consultations, visites : généralistes et spécialistes			
Praticien adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	330%	400%
Praticien non adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	130%	200%
Chirurgie en cabinet			
Praticien adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	330%	400%
Praticien non adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	130%	200%
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes	60%	40%	100%
Actes de sages-femmes	70%	30%	100%
Transports remboursés par le Régime Obligatoire	65%	35%	100%
Pédicurie acceptée par le Régime Obligatoire	60%	40%	100%
Pharmacie selon Service Médical Rendu (SMR)			
Médicaments à SMR important	65%	35%	100%
Médicaments à SMR modéré	30%	70%	100%
Médicaments à SMR faible	15%	0%	15%
Médicaments à SMR faible (PH2) et les médicaments non remboursés par le RO (PHN) et mentionnés sur le site : médicaments.gouv.fr (5)		250 €/an	250 €/an
Vaccins acceptés par le Régime Obligatoire	65% ou 70%	35% ou 30%	100%
Analyses et examens			
Actes médicaux techniques			
Praticien adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	330%	400%
Praticien non adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	130%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie (dont ostéodensitométrie acceptée)			
Praticien adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	330%	400%
Praticien non adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	130%	200%
Ostéodensitométrie non prise en charge par le Régime Obligatoire (6)	-	50 €/an	50 €/an
Examens de laboratoires	60%	40%	100%
Anniocentèse (sous condition) (7)		Frais réels	Frais réels
Appareillages et accessoires médicaux			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO (8)	60%	40% + 150 €/an	100% + 150 €/an
Gros matériel orthopédique, grand appareillage (8)	60%	40% + 150 €/an	100% + 150 €/an
Prothèses mammaires (8)	60%	40% + 150 €/an	100% + 150 €/an
Prothèses capillaires (8)	60%	40% + 150 €/an	100% + 150 €/an
Prothèses auditives (y compris entretien, réparations et piles) (8)	60%	40% + 700 €/oreille/an	100% + 700 €/oreille/an
Cures thermales			
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65% ou 70%	35% ou 30%	100%
Frais d'hébergement (ou frais de transport : justificatif à compléter)	-	150 €/an	150 €/an
Médecines douces			
Ostéopathie, acupuncture, « méthode Mézières », diététique, homéopathie, chiropractie, étio-pathie, nutritionniste, micro-kinésithérapie, pédicure, podologue, naturopathie, neuropsychologie (6) et (9)	-	5 séances de 40 €/an	5 séances de 40 €/an
Psychomotricité			
Bilan psychomoteur ou séance en cabinet libéral (6)	-	300 €/an	300 €/an
Prévention			
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13/08/2004	60% ou 70%	40% ou 30%	100%
Sevrage tabagique (10)	-	50 €/an	50 €/an
Vaccin antigrippe (6)	-	Frais réels	Frais réels
Autres indemnités			
Participation aux frais d'obsèques (14)	-	250 €	250 €
Indemnité naissance (15)	-	250 €	250 €

TABLEAU DE GARANTIES

Garanties en vigueur au 1er janvier 2019
Régime général

Régime Obligatoire (RO)	Remboursement Mutuelle	REMBOURSEMENT TOTAL y compris régime obligatoire (RO)
----------------------------	------------------------	---

Optique

Monture	60%	40% + 125 €	100% + 125 €
Verre simple (11)	60%	40% + 100 €/verre	100% + 100 €/verre
Verre complexe (11)	60%	40% + 180 €/verre	100% + 180 €/verre
Verres très complexe (11)	60%	40% + 250 €/verre	100% + 250 €/verre
Lentilles de vues acceptées par le Régime Obligatoire	60%	40% + 250 €/verre	100% + 250 €/verre
Lentilles de vues non acceptées (hors lentilles couleur) (6)	-	200 €/an	200 €/an
Traitement chirurgical par technique laser non remboursé par le RO (6)	-	400 €/œil/an	400 €/œil/an
Pose d'implant intraoculaire, non remboursé par le RO (6)	-	200 €/œil/an	200 €/œil/an

Dentaire

Soins et actes dentaires	70%	30%	100%
Prothèses remboursables par le RO	Prothèse fixe sur canines et incisives	70%	330%
	Prothèse fixe sur prémolaires	70%	300%
	Prothèse fixe sur molaires	70%	280%
	Inter de bridge	70%	250%
	Prothèse mobiles (y compris plaque base métallique)	70%	250%
Actes dentaires et prothèses Hors Nomenclature (6) et (12)	-	75 €/acte - Limité à 300 €/an	75 €/acte - Limité à 300 €/an
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire	70% ou 100%	230% ou 200%	300%
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire (6)	-	300 €/an	300 €/an
Parodontologie (6)	-	250 €/an	250 €/an
Implant dentaire Hors Nomenclature (6) et (13)	-	400 €/Implant - 3 implants/an	400 €/Implant - 3 implants/an

Mutuelle Dépêche Assistance 0969 321 169 (non surtaxé) ou www.mutuelle-depeche.fr

En cas d'immobilisation imprévue au domicile	-	Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses.
En cas d'hospitalisation en ambulatoire, ou toute hospitalisation de plus de 24 heures ou en cas de maternité	-	Aide à domicile prestations de Bien-être, Garde d'enfants ou petits enfants - de 16 ans, Garde des personnes dépendantes, Garde des animaux familiers, Dispositif de téléassistance, Présence d'un proche au chevet.
En cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou radiothérapie du bénéficiaire	-	Aide à domicile pendant toute la durée du traitement. A concurrence de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent la séance.
En cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire	-	Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans, Ecole à domicile.
En cas d'hospitalisation imprévue suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France métropolitaine, à Monaco et dans les DROM.	-	Conseil médical en cas de maladie ou d'accident, Transfert médical.
En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France métropolitaine, à Monaco et dans les DROM	-	Déplacement et hébergement d'un proche.
Prestations complémentaires en soutien à la maternité et parentalité	-	Accompagnement spécifique à la parentalité, Mise à disposition d'un intervenant qualifié en cas de maternité, Aide en cas de grossesse pathologique (aide à domicile, garde enfants).
Prestations complémentaires et spécifiques aux personnes handicapées	-	Information et orientation à caractère social, Transfert et garde des animaux (chien guide ou chien d'assistance), Aide en cas de maternité du bénéficiaire handicapé, Aide en cas d'accident ou maladie soudaine de l'aidant du bénéficiaire handicapé, Aide aux déplacements.
Prestations complémentaires et spécifiques aux aidants	-	Bilan psycho-social de la situation, Assistance préventive pour l'aidant, Assistance en cas de situation de crise
Protection juridique	-	Recours médicale et pharmaceutique, Consommation médicale et paramédicale.

Assistance soumise à conditions voir détail sur la notice d'information téléchargeable sur le site internet ou appeler au 0969 321 169

- (1) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
- (2) Chambre particulière : prise en charge limitée à 45 nuits par année civile et par bénéficiaire.
- (3) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
- (4) Hospitalisation enfant de - de 16 ans : Frais hébergement (lit + repas) dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Hospitalisation adulte (chirurgie uniquement) Frais hébergement (lit + repas) dans la limite de 6 jours par année civile et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture acquittée et du bulletin d'hospitalisation.
- (5) Prise en charge des médicaments mentionnés sur le site medicaments.gouv.fr. Remboursement sur présentation de la facture acquittée accompagnée de la copie de la prescription médicale.
- (6) Remboursement sur présentation de la facture acquittée.
- (7) Intervention pratiquée sur adhérente de 35 ans et plus. Remboursement sur présentation de la facture acquittée et du décompte de la sécurité sociale.
- (8) Remboursement sur présentation de la facture acquittée et du décompte de la sécurité sociale.
- (9) Non pris en charge par le Régime Obligatoire. Limité à 5 séances par année civile et par bénéficiaire. Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n°FINES et/ou le n°ADELI et/ou le n°RPPS du professionnel concerné.
- (10) Prise en charge des substitutifs nicotiques sur prescription médicale après intervention du Régime Obligatoire.
- (11) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries.
Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 ou à +6.00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries ou verre multifocal ou verre progressif.
Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 dioptries ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à + 4.00 dioptries.
La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 2 ans (mois glissant) pour les adultes ou à 1 équipement par période de 1 an (mois glissant) pour les enfants de moins de 18 ans et en cas d'évolution de la vue.
- (12) Prise en charge limitée à 4 actes et/ou prothèses par année civile et par bénéficiaire.
- (13) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.
- (14) En cas de décès de l'adhérent ou de son ayant droit couvert par la mutuelle. Sur présentation du bulletin de décès et de la facture acquittée des frais d'obsèques.
- (15) Participation liée aux frais occasionnés par la naissance ou l'adoption d'un enfant à condition qu'il soit inscrit à la mutuelle dans les 3 mois qui suivent l'événement. Sur présentation de la copie du bulletin de naissance ou d'adoption et du livret de famille.

CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008), déduction des franchises médicales (Décret n°2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.