

Prestations Régime général (dans le cadre du parcours de soins et dans la limite des frais engagés) au 1^{er} janvier 2018	Remboursement Régime Obligatoire (R.O) (à titre indicatif)	Participation MUTUELLE GROUPE DÉPÊCHE		Remboursement Total (Y compris Régime Obligatoire) (à titre indicatif)
		Au titre du Ticket Modérateur	Au titre des dépassements et forfaits	
HOSPITALISATIONS				
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%		100%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie d'obstétrique :				
- Praticien adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	80% ou 100%	20% ou 0%	300%	400%
- Praticien non adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM CO	80% ou 100%	20% ou 0%	100%	200%
Frais de transport (si pris en charge par le Régime Obligatoire)	65%	35%		100%
Forfait journalier hospitalier			Frais réels	Frais Réels
Chambre particulière avec nuitée (1)			60 € / jour 45 jours/an	60 € / jour 45 jours/an
Chambre particulière en ambulatoire (1) et (2)			20 €	20 €
Frais d'accompagnement (3)			30 € / jour	30 € / jour
Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants :				
<ul style="list-style-type: none"> - 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 long séjours et établissements pour personnes âgées. 				
(1) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. Limité à 45 jours par an.				
(2) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.				
(3) Ces frais couvrent l'hébergement (lit + repas) dans la limite de 30 jours par année civile pour l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans et de 6 jours par année civile pour un adulte de plus de 16 ans dans le cas de chirurgie uniquement. Sur présentation de la facture ou des justificatifs et du bulletin d'hospitalisation.				
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations, visites : généralistes et spécialistes :				
- Praticien adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	30%	300%	400%
- Praticien non adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	30%	100%	200%
Chirurgie en cabinet :				
- Praticien adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	30%	300%	400%
- Praticien non adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	30%	100%	200%
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes	60%	40%		100%
Frais de transport (si pris en charge 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 (4)			250 € / an	250 € / an
Vaccins acceptés par le Régime Obligatoire.	65% ou 70%	35% ou 30%		100%
(4) Sur présentation de l'original de la facture acquittée accompagnée de la copie de la prescription médicale.				
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes médicaux techniques :				
- Praticien adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	30%	300%	400%
- Praticien non adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	30%	100%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie (dont ostéodensitométrie acceptée)				
- Praticien adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	30%	300%	400%
- Praticien non adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%	30%	100%	200%
Ostéodensitométrie non prise en charge par le Régime Obligatoire (5)			50 € / an	50 € / an
Examens de laboratoires	60%	40%		100%
Amniocentèse (sous condition) (6)			100% frais réel	100% frais réel
(5) Sur présentation de l'original de la facture acquittée.				
(6) Intervention pratiquée sur adhérente de 35 ans et +. Remboursement sur présentation de l'original de la facture acquittée et de la copie du décompte de sécurité sociale.				
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MÉDICAUX (7)				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	60%	40%	150 € / an	100% + 150 € / an
Gros matériel orthopédique, grand appareillage	60%	40%	150 € / an	100% + 150 € / an
Prothèses mammaires	60%	40%	150 € / an	100% + 150 € / an
Prothèses capillaires	60%	40%	150 € / an	100% + 150 € / an
Prothèses auditives (y compris entretien, réparations et piles) TARIF PRIVILÉGIÉ DANS LE RÉSEAU AUDIOPROTHÉSISTE AGRÉÉS KALIVIA	60%	40%	700 €/oreille/an	100% + 700 €/oreille/an
(7) Sur présentation de l'original de la facture acquittée et du décompte de la sécurité sociale				
CURE THERMALE				
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

Prestations Régime général (dans le cadre du parcours de soins et dans la limite des frais engagés) au 1^{er} janvier 2018	Remboursement Régime Obligatoire (R.O) (à titre indicatif)	Participation MUTUELLE GROUPE DÉPÊCHE		Remboursement Total (Y compris Régime Obligatoire) (à titre indicatif)
		Au titre du Ticket Modérateur	Au titre des dépassements et forfaits	
MÉDECINES DOUCES				
Ostéopathie, acupuncture, « méthode Mézières », diététique, homéopathie, chiropractie, étio-pathie, nutritionniste, micro-kinésithérapie, pédicure, podologue, naturopathie, neuropsychologie (5) et (8)	-	-	5 x 40 € /séance/an	5 x 40 €/séance/an
(8) Non pris en charge par le Régime Obligatoire et limité à 5 séances par année civile et par bénéficiaire. Le numéro ADELI - identifiant unique des professionnels – devra apparaître sur la facture du professionnel de santé.				
PSYCHOMOTRICITÉ				
Bilan psychomoteur ou séance en cabinet libéral (5)	-	-	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 (9)	50 €		50 € / an	100 € / an
Vaccin antigrippe (5)			Frais réels	Frais réels
(9) Remboursement sur présentation de l'original de la facture acquittée pour l'achat de substitutifs du 2 ^{ème} mois de traitement du sevrage, avec justificatif du remboursement du régime obligatoire pour le 1 ^{er} mois de traitement.				
OPTIQUE TARIF PRIVILÉGIÉ DANS LE RÉSEAU DES OPTICIENS AGRÉÉS KALIVIA				
Monture	60%	40%	125 €	100% + 125 €
Verre simple (10)	60%	40%	100 €/verre	100% + 100 €/verre
Verre complexe (10)	60%	40%	180 €/verre	100% + 180 €/verre
Verres très complexe (10)	60%	40%	250 €/verre	100% + 250 €/verre
Lentilles de vues acceptées par le Régime Obligatoire	60%	40%	250 €/an	100% + 250 €/an
Lentilles de vues non acceptées (hors lentilles couleur) (5)			200 € / an	200 € / an
Traitement chirurgical par technique laser non remboursé par le Régime Obligatoire (5)			400 € / œil / an	400 € / œil / an
Pose d'implant intraoculaire, non remboursé par le RO (5)			250 € / œil / an	250 € / œil / an
(10) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00. Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieur à -6.00 ou à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 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 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. 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.				
DENTAIRE				
Soins et actes dentaires	70%	30%		100%
Prothèses remboursables par le RO	Prothèse fixe sur canines et incisives	70%	30%	400%
	Prothèse fixe sur prémolaires	70%	30%	370%
	Prothèse fixe sur molaires	70%	30%	350%
	Inter de bridge	70%	30%	320%
	Prothèse mobiles (y compris plaque base métallique)	70%	30%	320%
Actes dentaires et prothèses Hors Nomenclature (5) et (11)			75 € / acte	300 € / an
Orthodontie acceptée par le Régime Obligatoire	70% ou 100%	30% ou 0%	200%	300%
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire (5)			300 € / an	300 € / an
Parodontologie (5)			250 € / an	250 € / an
Implant dentaire Hors Nomenclature (5) et (12)			400 € / implant	1200 € / an
(11) Prise en charge limitée à 4 actes ou prothèses dentaires HN par année civile et par bénéficiaire. (12) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.				
AUTRES INDEMNITÉS				
Participation aux frais d'obsèques (13)			250 €	250 €
Indemnité naissance (14)			250 €	250 €
(13) 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. (14) 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 ou du livret de famille.				
ASSISTANCE				
Les prestations et les conditions d'utilisation sont définies dans les Conditions Générales qui vous ont été transmises.				
Mutuelle Groupe Dépêche Assistance				
N° de téléphone : 0969 321 169 (N° Cristal)				
Information médicale, sociale, assistance de tous les jours				
Priorité Santé Mutualiste – N° de téléphone : 3935 = Des Réponses à toutes vos questions de santé				

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.