

	Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>SOINS COURANTS - HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX</b>				
Consultations, visites : généralistes				
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	30%	300%	400%
Autres praticiens	70%	30%	100%	200%
Consultations, visites : spécialistes				
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	30%	300%	400%
Autres praticiens	70%	30%	100%	200%
Actes de sages-femmes	70%	30%	-	100%
Auxiliaires médicaux : infirmier (e)s, kinésithérapeutes ...	60%	40%	-	100%
Ambulances, véhicules sanitaires légers ...	65%	35%	-	100%
<b>SOINS COURANTS - MEDICAMENTS</b>				
Médicaments à SMR important	65%	35%	-	100%
Médicaments à SMR modéré	30%	70%	-	100%
Médicaments à SMR faible	15%	0%	-	15%
+ Forfait supplémentaire Médicaments non remboursés par le RO (1)(2)	-	-	250 € / AN	250 € / AN
SMR : Service Médical Rendu (1) Médicaments référencés sur le site <a href="http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr">http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr</a> (2) Remboursement sur présentation de la facture acquittée et de l'ordonnance du praticien				
<b>SOINS COURANTS -ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE</b>				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	30%	300%	400%
Autres praticiens	70%	30%	100%	200%
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	30%	300%	400%
Autres praticiens	70%	30%	100%	200%
Examens de laboratoires	60%	40%	-	100%
Amniocentèse (sous conditions) (3)(4)	-	-	Frais réel	Frais réel
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO - Forfait annuel (5)	-	-	50 € / AN	50 € / AN
Bilan psychomoteur ou séance en cabinet libéral (5)	-	-	300 € / AN	300 € / AN
(3) Intervention pratiquée sur adhérente de 35 ans et plus. (4) Remboursement sur présentation de la facture acquittée et du décompte de la sécurité sociale. (5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée.				
<b>SOINS COURANTS - MATERIEL MEDICAL</b>				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO	60%	40%	-	100%
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux	-	-	150 € / AN	150 € / AN
Gros matériel orthopédique et grand appareillage acceptés par le RO	60%	40%	-	100%
+ Forfait gros matériel orthopédie et grand appareillage	-	-	150 € / AN	150 € / AN
Prothèses mammaires (4)	60%	40%	-	100%
+ Forfait prothèse mammaire	-	-	150 € / AN	150 € / AN
Prothèses capillaires (4)	60%	40%	-	100%
+ Forfait prothèse capillaire	-	-	150 € / AN	150 € / AN
(4) Remboursement sur présentation de la facture acquittée et du décompte de la sécurité sociale.				
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
Equipement 100 % Santé (6) (7)				100 % Santé
Equipement à tarif libre (6) (7)	60%	40%	-	100%
+ Forfait supplémentaire (hors piles et accessoires) (6) (7)	-	-	700 € / Appareil	700 € / Appareil
Piles et accessoires	60%	40%	-	100%
+ Forfait supplémentaire pour piles et accessoires (5)			70 € / AN	70 € / AN
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée. (6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation. (7) Un équipement est composé d'un appareillage par oreille. Prise en charge limitée, par oreille, à une aide auditive par période de 4 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.				
<b>HOSPITALISATION</b>				
Frais de séjour	80% ou 100%	20% ou 0%	-	100%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80% ou 100%	20% ou 0%	300%	400%
Autres praticiens	80% ou 100%	20% ou 0%	100%	200%
Ambulances, véhicules sanitaires légers ...	65% ou 100%	35% ou 0%	-	100%
Forfait journalier hospitalier	-	-	Frais réel	Frais réel
Chambre particulière avec nuitées (8) (9)	-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit
Chambre particulière en ambulatoire (8) (10)	-	-	20 € / Jour	20 € / Jour
Frais accompagnant (11)	-	-	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 psycho-pédagogique et professionnel, centres de rééducation professionnelle, services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. (8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (9) Chambre particulière : prise en charge limitée à 45 nuitées par année civile et par bénéficiaire. (10) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. (11) Hospitalisation enfant de -16 ans : frais pris en charge dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Hospitalisation uniquement en chirurgie adulte + 16 ans : frais pris en charge dans la limite de 6 jours par année civile et par bénéficiaire.				

**MATERNITE**

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique

Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée  
Autres praticiens

100%	-	300%	400%
100%	-	100%	200%

Chambre particulière avec nuitées (8) (9)

-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit
---	---	-------------	-------------

Indemnité de naissance (13)

-	-	250 €	250 €
---	---	-------	-------

(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.

(9) Chambre particulière : prise en charge limitée à 45 nuitées par année civile et par bénéficiaire.

(13) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date. Sur présentation de la copie du bulletin de naissance ou d'adoption et ou du livret de famille.

**OPTIQUE**

Equipement 100 % Santé (14) (15) (16)

Monture  
Par verre hors réseau ou dans le réseau

100 % Santé
100 % Santé

Equipement à tarif libre hors réseau ou dans le réseau (14) (15) (16) (17)

Monture  
Par verre hors réseau ou dans le réseau

60%	40%	99,95 €	100 % + 99,95 €
-----	-----	---------	-----------------

- Simple  
- Complexe  
- Très complexe

60%	40%	100 €	100 % + 100 €
60%	40%	180 €	100 % + 180 €
60%	40%	250 €	100 % + 250 €

Adaptation de la correction effectué par l'Opticien

60%	40%	-	100%
-----	-----	---	------

Verres avec filtres

60%	40%	-	100%
-----	-----	---	------

Autres suppléments ( prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)

60%	40%	-	100%
-----	-----	---	------

Lentilles de vues acceptées par le RO

60%	40%	250 € / AN	100 % + 250 € / AN
-----	-----	------------	--------------------

Lentilles de vues refusées par le RO (5)

-	-	200 € / AN	200 € / AN
---	---	------------	------------

Traitement chirurgical par technique laser non remboursé par le RO (5)

-	-	400 € / Œil / AN	400 € / Œil / AN
---	---	------------------	------------------

Pose implant intraoculaire non remboursé par le RO (5)

-	-	200 € / Œil / AN	200 € / Œil / AN
---	---	------------------	------------------

(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée.

(14) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.

(15) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(16) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).

(17)

- Verres simples :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

- Verres complexes :

Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,

Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

- Verres très complexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

**DENTAIRE**

Soins

70%	30%		100%
-----	-----	--	------

Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé

100 % Santé
-------------

Soins et Prothèses dentaires à tarif maîtrisés hors réseau ou dans le réseau

Prothèses Fixes Visibles (Incisive, Canine et Prémolaire)  
Prothèses Fixes Non Visibles (Molaires)

70%	30%	300%	400%
70%	30%	250%	350%

Inlay-Core  
Prothèse transitoire

70%	30%	100%	200%
70%	30%	200%	300%

Inlay onlay  
Prothèse amovibles

70%	30%	200%	300%
70%	30%	250%	350%

Soins et prothèses dentaires à tarifs libres

Prothèses Fixes Visibles (Incisive, Canine et Prémolaire)  
Prothèses Fixes Non Visibles (Molaires)

70%	30%	300%	400%
70%	30%	250%	350%

Inlay-Core  
Prothèse transitoire

70%	30%	100%	200%
70%	30%	200%	300%

Inlay onlay  
Prothèse amovibles

70%	30%	200%	300%
70%	30%	250%	350%

Actes dentaires et prothèses hors nomenclature (5) (20)

-	-	75 € / Actes	75 € / Actes
---	---	--------------	--------------

Orthodontie acceptée par le régime obligatoire

70% ou 100%	30% ou 0%	200%	300%
-------------	-----------	------	------

Orthodontie refusée par le régime obligatoire (5)

-	-	300 € / AN	300 € / AN
---	---	------------	------------

Parodontologie (5)

-	-	250 € / AN	250 € / AN
---	---	------------	------------

Implantologie (5) (21)

-	-	400 € / Implant	400 € / Implant
---	---	-----------------	-----------------

(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée.

(20) Prise en charge limitée à 4 actes ou prothèses dentaires HN par année civile et par bénéficiaire.

(21) Prise en charge limitée à 3 implants par année civile et par bénéficiaire.

	Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
<b>CURES THERMALES</b>				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier + Forfait supplémentaire pour hébergement ou frais de transport (12)	65% ou 70%	35% ou 30%	-	100%
(12) Pour les frais de transport : formulaire à récupérer à la mutuelle sous simple demande	-	-	150 € / AN	150 € / AN
<b>MEDECINES COMPLEMENTAIRES</b>				
Ostéopathie, acupuncture, "méthodes Mézières", diététique, pédicure, podologue, homéopathie, chiropractie, étio-pathie, nutritionniste, micro-kinésithérapie, naturopathie, neuropsychologie. (5) (18) (19)	-	-	40 € / Séance	40 € / Séance
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée. (18) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire. (19) Non pris en charge par le régime obligatoire. 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°FINESS et/ou le N° ADELI et/ou le N°RPPS du professionnel concerné.				
<b>PREVENTION</b>				
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13/08/2004	60% ou 70%	40% ou 30%	-	100%
Vie sans tabac : Sevrage tabagique (22)	-	-	50 € / AN	50 € / AN
Vaccin anti-grippal (5)	-	-	Frais réel	Frais réel
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée. (22) Prise en charge des substitutifs nicotiques sur prescription médicale après intervention du régime obligatoire.				
<b>GARANTIE SUPPLEMENTAIRE</b>				
Participation aux frais d'obsèques (23)	-	-	250 €	250 €
(23) 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.				
<b>MUTUELLE DEPECHE ASSISTANCE - 0969 321 169 (appel non surtaxé)</b>				
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 handicapés	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 médical et pharmaceutique. Consommation médicale et paramédicale.			
<b>Assistance soumise à conditions. Voir détail sur la notice d'information téléchargeable sur <a href="http://www.mutuelle-depeche.fr">www.mutuelle-depeche.fr</a> ou appeler au 0969 321 169</b>				

**\* 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.

	<b>Garanties Frais de Santé 2020</b> <b>Contrat responsable</b>	<b>Régime Obligatoire (RO)</b> (à titre indicatif)	<b>Prise en charge Mutuelle *</b>		<b>Y compris Régime Obligatoire</b> (à titre indicatif)
			<b>Au titre du ticket modérateur et dans la limite de</b>	<b>Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de</b>	

### Exemples de prises en charge des équipements d'optique médicale et des aides auditives

#### Optique

Exemple 1 : Julie se rend chez son opticien et fait le choix d'un équipement composé de deux verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries de classe B et d'une monture de classe A d'un montant de 30 euros. La prise en charge de cet équipement par son contrat responsable ne peut alors dépasser 420 euros, dont 390 euros au maximum pour les verres.

Exemple 2 : Valentin fait le choix d'un équipement composé d'un verre unifocal sphéro-cylindrique dont la somme S est inférieure ou égale à 6,00 dioptries de classe A à 52,50 euros, d'un verre multifocal sphéro-cylindrique dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries de classe A à 75 euros et d'une monture de classe B d'un montant de 110 euros. Les plancher et plafond de prise en charge d'un tel équipement par les contrats responsables prévoyant une garantie optique en sus du ticket modérateur sur les équipements composés d'une monture ou de verres autres que 100% santé s'élèvent respectivement à 125 euros et à 560 euros, dont 100 euros au maximum pour sa monture. Les garanties du contrat permettent à Valentin d'être remboursé de ses deux verres intégralement (soit 127,50 euros) car ils font partie du panier 100% santé, et de sa monture à hauteur de 100 euros.

Exemple 3 : Charlie achète une monture de classe B pour 80 euros le 10 janvier 2020 et acquiert, le 30 janvier 2020, des verres de classe B progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries pour un montant de 760 euros. Les garanties optique de son contrat responsable sont pour ce type d'équipement au vu de la correction à 500 euros. La prise en charge de la monture par ce contrat s'est faite à hauteur de 80 euros, celle des verres ne peut excéder 500 euros, laissant 260 euros de reste à charge à Charlie.

Exemple n° 4 : Antoine, 46 ans, a un contrat de complémentaire santé responsable. Il achète le 24 août 2020 une monture mais ne complète son équipement que le 26 octobre 2020 avec l'achat des verres. Le délai de renouvellement de sa prise en charge optique court alors, dans ce cas, à compter de l'achat du dernier élément constituant l'équipement complet. Il pourra ainsi renouveler son équipement complet (verres + monture) à compter du 27 octobre 2022. Si néanmoins il ne souhaite renouveler que sa monture, il le pourra à partir du 25 août 2022.

Exemple 5 : Anne, 74 ans, a acquis le 13 mars 2020 un équipement composé de verres multifocaux de classe A et d'une monture de classe B. Elle se fait opérer de la cataracte le 17 juin 2020 et constate un changement de sa vue à la suite de l'opération. Son ophtalmologue lui fait une prescription pour sa nouvelle correction visuelle stipulant que cela fait suite à sa récente opération. Elle peut alors faire changer ses verres sans qu'aucun délai de renouvellement de la prise en charge ne lui soit opposable par l'assurance maladie obligatoire ni par son contrat responsable.

#### Aides auditives

Exemple 1 : Charlotte achète 2 aides auditives de classe I le 26 juin 2021. La prise en charge du renouvellement de ses deux aides auditives, qu'elles soient de classe I ou de classe II, par l'assurance maladie obligatoire et son contrat responsable ne pourra s'effectuer qu'à compter du 27 juin 2025.

Exemple 2 : Nicolas acquiert le 28 septembre 2021 une aide auditive pour son oreille gauche et le 9 janvier 2023 une aide auditive pour son oreille droite. La prise en charge du renouvellement de l'aide auditive gauche pourra s'effectuer à compter du 29 septembre 2025 et de l'aide auditive droite à compter du 10 janvier 2027.

Exemple 3 : Annabelle acquiert le 3 mars 2021 deux aides auditives. S'étant déjà équipée de deux aides auditives le 20 novembre 2019, ses nouvelles acquisitions ne peuvent être prises en charge ni par l'assurance maladie obligatoire ni par sa complémentaire.