

A*	Soins en métropole et dans les DOM (A5 – AR6) ⁽¹⁾	Soins en Outre-mer, à l'étranger (A7 – AR16) et en Nlle Calédonie (A17 – AR18) ⁽²⁾ Soins soumis à cotation en métropole ⁽⁵⁾
----	--	--

A*	Soins en métropole et dans les DOM (A5 – AR6) ⁽¹⁾	Soins en Outre-mer, à l'étranger (A7 – AR16) et en Nlle Calédonie (A17 – AR18) ⁽²⁾ Soins soumis à cotation en métropole ⁽⁵⁾
----	--	--

Soins courants et actes paramédicaux

Honoraires et actes des médecins, spécialistes, radiologues, dentistes, etc.	30%	90%
Examens de laboratoire	40%	90%
Soins d'auxiliaires médicaux	40%	90%
Soins infirmiers	40%	90%

Pharmacie

Pharmacie - service médical majeur ou important	35%	90%
Pharmacie - service médical majeur ou important (Tarif forfaitaire de responsabilité)	35% T.F.R.	90%
Pharmacie - service médical modéré	70%	90%
Pharmacie - service médical modéré (Tarif forfaitaire de responsabilité)	70 % T.F.R.	90%
Traitement antipaludéen non pris en charge par la Ss	100% ⁽³⁾	90%
Vaccins (fièvre jaune, choléra, hépatites A et B, rage, méningite et typhoïde) non pris en charge par la Ss	100% ⁽³⁾	90%

Prévention

Tous actes de prévention (liste de l'arrêté du 08/06/2006)	100 % du ticket modérateur	90%
Bilan de santé	Néant	Néant

Appareillage

Accessoires, pansements et petit appareillage	35%	90%
Autres accessoires, pansements et petit appareillage orthopédie	40%	90%

Acoustique

Appareils correctifs de surdit�e frais d'entretien, fournitures, accessoires remboursés par la Ss	150%	90%
---	------	-----

Dentaire

Prothèses dentaires, réparations accordées par la Sécurité sociale ou le dentiste-conseil de la mutuelle	200%	90 % dans la limite de 200 % du tarif Sécurité sociale
Prothèses dentaires, réparations refusées par la Sécurité sociale ou le dentiste-conseil de la mutuelle	200%	Néant
Traitement orthodontique, autres actes d'orthodontie remboursés par la Ss	200%	90 % dans la limite de 200 % du tarif Sécurité sociale

Cure thermique

Surveillance médicale	30%	Sans objet
Établissement thermal	35%	Sans objet

Optique

Montures	60% + forfait de 61 € 1 équipement tous les 2 ans ⁽⁹⁾	90% dans la limite de 61 €
Montures pour les moins de 18 ans	60% + forfait de 43 € 1 équipement tous les 2 ans ⁽⁹⁾	90% dans la limite de 61 €
2 verres simples classe a) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + forfait de 50 € 1 équipement tous les 2 ans ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	90%
2 verres complexes classe b) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + forfait de 140 € 1 équipement tous les 2 ans ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	90%
2 verres très complexes classe c) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + forfait de 300 € 1 équipement tous les 2 ans ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	90%
1 verre simple classe a) et 1 verre complexe classe b) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + forfait de 95 € 1 équipement tous les 2 ans ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	90%
1 verre simple classe a) et 1 verre très complexe classe c) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + forfait de 175 € 1 équipement tous les 2 ans ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	90%
1 verre complexe classe b) et 1 verre très complexe classe c) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + forfait de 220 € 1 équipement tous les 2 ans ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	90%
Lentilles de contact et lentilles de contact jetables accordées par la Ss ou le médecin-conseil de la mutuelle	150% ⁽⁷⁾	90% ⁽⁸⁾
Lentilles de contact et lentilles de contact jetables refusées par la Sécurité sociale ou le médecin-conseil de la mutuelle	150% ⁽⁷⁾	Néant
Matériel pour amblyopie	40%	90%

Hospitalisation médicale, chirurgicale, maternité, soins

Honoraires, actes et frais de séjour	20%	90%
Transport terrestre	35%	90%
Forfait journalier hospitalier	18 € / jour (durée illimitée)	100%
Forfait journalier hospitalier psychiatrique	13,50 € / jour (durée illimitée)	100%
Participation « assuré » pour les actes lourds	frais réels / acte	Sans objet
Supplément pour chambre particulière dans les établissements conventionnés avec la Mutualité Fonction Publique au titre du Règlement Fédéral Hospitalisation	100%	Sans objet
Supplément pour chambre particulière dans les autres établissements (hors psychiatrie)	Selon tarif national opposable	Sans objet
Supplément pour chambre particulière dans les établissements psychiatriques hors Règlement Fédéral Hospitalisation	Selon tarif national opposable, pendant un an maximum	Sans objet
Soins externes et Transports sanitaires	100 % du ticket modérateur	Sans objet
Affection de longue durée pendant 36 mois	Sans objet	90%
Hospitalisation en cas d'affection de longue durée pendant 36 mois	Sans objet	90%

Ss = Sécurité sociale

(1) Du tarif de responsabilité de la Ss dans la limite du prix payé ; (2) De la dépense réellement engagée, déduction faite du remboursement accordé par la Ss ou la CAFAT ; (3) De la dépense réellement engagée ; (4) Sous réserve d'être prescrits(es) médicalement et justifiées(es) par le médecin-conseil de la mutuelle ; (5) Dans la limite prévue à l'article 31 du RM en cas de surcotation manifeste ; (6) Participation attribuée dans la limite de la dépense engagée et uniquement pour le membre participant n'ayant pas bénéficié de cette prestation depuis 5 années ; (7) Lentilles de contact jetables non remboursées par la Sécurité sociale : remboursement limité à une fois par an (de date à date) ; (8) Lentilles de contact jetables : 90% dans la limite du tarif de responsabilité de la Ss ou de la CAFAT et une fois par an ; (9) Le remboursement de la mutuelle est limité à un équipement tous les 2ans. Par dérogation, la prise en charge est annuelle en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs. Prise en charge de 2 équipements sur une période de 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin. La période de 2 ans débute à la date d'achat du 1er équipement d'optique (verre ou montant) et s'achève 2 ans après. Le remboursement de la mutuelle au titre de la monture est plafonné à 150 €. Le remboursement de la mutuelle pour un équipement optique (monture et/ou 2 verres) est soumis à des plannings et des plafonds de prise en charge selon la catégorie des verres : détails voir annexe classification optique ; (10) En cas de réalisation d'une monture seule, le forfait de la mutuelle est de 50 € ; (11) Prise en charge du tarif de responsabilité de la sécurité sociale opposable (tarif de base et majorations remboursables) après déduction de la participation forfaitaire. Chapitre II du règlement mutualiste : la mutuelle ne prend pas en charge les franchises issues de la loi du 19.12.2007 et de ses décrets d'application.

* Les prestations sont calculées en pourcentage

- du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et dans la limite du prix payé pour les catégories A et B en métropole et dans les DOM
- de la dépense réellement engagée, déduction faite du remboursement effectué par la Ss pour la catégorie A outre mer et à l'étranger
- de la dépense réellement engagée pour la catégorie B en outre mer et à l'étranger