

B*	Soins en métropole et DOM B1 - BR3(11)	Soins en outre-mer et à l'étranger B9 - BR8 - BR10 ⁽⁵⁾ Soins soumis à cotation en métropole ⁽⁶⁾
-----------	--	--

B*	Soins en métropole et DOM B1 - BR3(11)	Soins en outre-mer et à l'étranger B9 - BR8 - BR10 ⁽⁵⁾ Soins soumis à cotation en métropole ⁽⁶⁾
-----------	--	--

Soins courants et actes paramédicaux

Honoraires et actes des médecins, spécialistes, radiologues, dentistes, etc.	70%	90%
Examens de laboratoire	60%	90%
Soins d'auxiliaires médicaux	60%	90%
Soins infirmiers	60%	90%

Pharmacie

Pharmacie - service médical majeur ou important	65%	90%
Pharmacie - service médical majeur ou important (Tarif forfaitaire de responsabilité)	65% T.F.R.	90%
Pharmacie - service médical modéré	30%	90%
Pharmacie - service médical modéré (Tarif forfaitaire de responsabilité)	30 % T.F.R.	90%
Traitement antipaludéen non pris en charge par la Ss	65% ⁽³⁾	90%
Vaccins (fièvre jaune, choléra, hépatites A et B, rage, méningite et typhoïde) non pris en charge par la Ss	65% ⁽³⁾	90%

Prévention

Tous actes de prévention (liste de l'arrêté du 08/06/2006)	65% ⁽³⁾	90%
Bilan de santé	120 € ⁽⁶⁾	Néant

Appareillage

Accessoires, pansements et petit appareillage	65%	90%
Autres accessoires, pansements et petit appareillage orthopédie	60%	90%

Acoustique

Appareils correctifs de surdit�e frais d'entretien, fournitures, accessoires remboursés par la Ss	65%	90%
---	-----	-----

Dentaire

Prothèses dentaires, réparations accordées par la Ss ou le dentiste-conseil de la mutuelle	70%	90 % dans la limite de 200 % du tarif Sécurité sociale
Prothèses dentaires, réparations refusées par la Ss ou le dentiste-conseil de la mutuelle	Néant	Néant
Traitement orthodontique, autres actes d'orthodontie remboursés par la Ss	100%	90 % dans la limite de 200 % du tarif Sécurité sociale

Cure thermique

Surveillance médicale	70%	Sans objet
Établissement thermal	65%	Sans objet

Optique

Montures	60%	90% dans la limite de 61 €
Montures pour les moins de 18 ans	60%	90% dans la limite de 61 €
2 verres simples classe a) (incluant les suppléments d'optiques)	60%	90%
2 verres complexes classe b) (incluant les suppléments d'optiques)	60%	90%
2 verres très complexes classe c) (incluant les suppléments d'optiques)	60%	90%
1 verre simple classe a) et 1 verre complexe classe b) (incluant les suppléments d'optiques)	60%	90%
1 verre simple classe a) et 1 verre très complexe classe c) (incluant les suppléments d'optiques)	60%	90%
1 verre complexe classe b) et 1 verre très complexe classe c) (incluant les suppléments d'optiques)	60%	90%
Lentilles de contact et lentilles de contact jetables accordées par la Ss ou le médecin-conseil de la mutuelle	60% ^{(4) (7)}	90% ^{(4) (8)}
Lentilles de contact et lentilles de contact jetables refusées par la Ss ou le médecin-conseil de la mutuelle	Néant	Néant
Matériel pour amblyopie	60%	90%

H Hospitalisation médicale, chirurgicale, maternité, soins

Honoraires, actes et frais de séjour	K<50 = 80% K>50 = 100%	90% ⁽⁴⁾
Transport terrestre	65%	90% ⁽⁴⁾
Forfait journalier hospitalier	100%	Sans objet
Forfait journalier hospitalier psychiatrique	100%	Sans objet
Participation « assuré » pour les actes lourds	Sans objet	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	Taux et tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale dans la limite du prix payé	Sans objet
Affection de longue durée pendant 36 mois	100 % du tarif Ss ⁽⁴⁾	90%
Hospitalisation en cas d'affection de longue durée pendant 36 mois	100 % du tarif Ss ⁽⁴⁾	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 justifiés(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 plafonds 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