

ESSENZA SANTÉ

Garanties de Base

	Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
Consultation - visites Généralistes	100% BRSS
Consultation - visites Spécialistes - Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS
Consultation - visites Spécialistes - Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS
Actes techniques médicaux - Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS
Actes techniques médicaux - Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Psychologue (séances réalisées dans le cadre du dispositif de la Sécurité Sociale « MonPsy », auprès d'un psychologue partenaire, et après la consultation d'un médecin)	100% BRSS
IMAGERIE MÉDICALE ET ÉCHOGRAPHIE	
Imagerie médicale et échographie - médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS
Imagerie médicale et échographie - médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100% BRSS
MÉDICAMENTS	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (65%)	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu modéré (30%)	
Médicaments à service médical rendu faible (15%)	
MATÉRIEL MÉDICAL	
Petit appareillage ⁽¹⁾	100% BRSS
Grand appareillage ⁽¹⁾	100% BRSS
Dispositifs médicaux à usage unique ⁽¹⁾	100% BRSS
Pansements ⁽¹⁾	100% BRSS
Orthopédie	100% BRSS
HOSPITALISATION (y compris maternité et hospitalisation à domicile)	
HONORAIRES MÉDICAUX	
Honoraires médecins - Médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS
Honoraires médecins - Médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO)	100% BRSS
FRAIS HOSPITALIERS	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
AUTRES FRAIS HOSPITALIERS	
Frais de séjour	100% BRSS
Frais de connectivité (maxi : 152,45 € par an) **	1,52 € /jour
OPTIQUE	
ÉQUIPEMENT DU PANIER 100% SANTÉ ⁽²⁾	
Équipements de classe A Reste à charge nul (y compris suppléments optiques médicales)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites réglementaires de vente
ÉQUIPEMENT À TARIF LIBRE ⁽²⁾	
Monture	100% BRSS
Verres simples, verres complexes et verres très complexes	100% BRSS
Lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire***	100% BRSS
Prestation d'adaptation	100% BRSS
Matériel pour amblyopie	100% BRSS

Garanties de Base

		Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle
🔍 DENTAIRE		
SOINS ET PROTHÈSES DU PANIER 100% SANTÉ ⁽³⁾		
Soins et prothèses du panier 100% santé	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	
SOINS À TARIFS MAITRISÉS OU LIBRES ⁽³⁾		
Soins dentaires	100% BRSS	
Inlay onlays	100% BRSS	
PROTHÈSES À TARIFS MAITRISÉS OU LIBRES ⁽³⁾		
Prothèses remboursées	100% BRSS	
Inlay-Core	100% BRSS	
IMPLANTOLOGIE ET PARODONTOLOGIE ⁽³⁾		
Implantologie et parodontologie remboursé par le RO	100% BRSS	
ORTHODONTIE ^(3*)		
Orthodontie remboursée par le RO	100% BRSS	
🔍 AIDES AUDITIVES		
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ ⁽⁴⁾		
Aide auditive classe I (100% santé)	100% Prix limite réglementaire de vente	
ÉQUIPEMENTS À PRIX LIBRE ⁽⁴⁾		
Audioprothèses Classe II (21 ans et plus)	100% BRSS	
Audioprothèses Classe II (jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité. La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.)	100% BRSS	
🔍 TRANSPORT		
Transport	100% BRSS	
🔍 CURE THERMALE		
Cure thermale	100% BRSS	
🔍 PRÉVENTION SANTÉ		
Actes de prévention pris en charge par le RO (Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code)	100% BRSS	
		Remboursements Mutuelle
🔍 SOINS À L'ÉTRANGER ⁽⁵⁾		
		Oui
🔍 CLUB AVANTAGES ⁽⁶⁾		
Tout comme un vrai comité d'entreprise, ce sont des centaines de bons plans et de réductions sur : - Vos loisirs - Vos envies - La culture (cinéma, spectacles, concerts etc.) - Les produits de vos artisans et commerçants locaux	Oui	
🔍 PROTECTION JURIDIQUE ⁽²⁾		
Garanties de la Protection Juridique « PJ » : - Assistance téléphonique - Gestion amiable de litiges - Prise en charge des frais de procédure judiciaire	Oui	
🔍 ASSISTANCE À DOMICILE		
		Oui
🔍 VISIBLE PATIENT ⁽⁶⁾		
		Oui
🔍 SECOND AVIS MÉDICAL		
		Oui
🔍 TÉLÉCONSULTATION		
		Oui
🔍 SERVICE TCHAT		
		Oui

Garanties Optionnelles

	Remboursement Mutuelle
HOSPITALISATION (délai de carence de 3 mois)	
HONORAIRES	
Soins - Honoraires (<i>secteur conventionné</i>) signataires OPTAM/OPTAMCO	+70% de la BRSS
Soins - Honoraires (<i>secteur conventionné</i>) non-signataires OPTAM/OPTAMCO	+50% de la BRSS
Soins - Honoraires (<i>secteur conventionné</i>)	+50% de la BRSS
SÉJOUR ET AUTRES FRAIS	
Frais de séjour - Secteur Conventionné	+70% de la BRSS
Frais de séjour - Secteur Non Conventionné	+20% de la BRSS
Chambre Particulière avec hébergement en Chirurgie, Médecine et maternité -Secteur Conventionné (<i>durée illimitée</i>) ^(*)	Limité à 60 € /jour
Chambre Particulière avec hébergement en Chirurgie, Médecine et maternité -Secteur Non Conventionné (<i>durée illimitée</i>) ^(*)	Limité à 60 € /jour
Chambre Particulière sans hébergement (<i>limitée à 10 jours/an</i>)	Limité à 7 € /jour
Frais d'accompagnement (<i>Lit et repas hospitaliers</i>) pour un enfant de moins de 16 ans en chirurgie et médecine (<i>Maxi 20j/an</i>)	Limité à 30 € /jour
Frais d'accompagnement (<i>Lit et repas hospitaliers</i>) pour un adulte de plus de 74 ans en chirurgie et médecine (<i>Maxi 10j/an</i>)	Limité à 30 € /jour
OPTIQUE (délai de carence de 3 mois)	
ÉQUIPEMENTS ET FRAIS D'OPTIQUE ⁽²⁾	
Forfait enfant (-16 ans) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 1 an	
(a) Monture avec verres simples	75 €
(b) Monture avec un verre simple (a) et un verre complexe ou très complexe (c)	125 €
(c) Monture avec verres complexes ou très complexes	200 €
Forfait adulte (16 ans et +) pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de 2 ans	
(a) Monture avec verres simples	75 €
(b) Monture avec un verre simple (a) et un verre complexe ou très complexe (c)	125 €
(c) Monture avec verres complexes ou très complexes	200 €
Forfait annuel chirurgie réfractive (<i>myopie, presbytie, hypermétropie</i>) (par œil)	300 €
DENTAIRE (délai de carence de 3 mois)	
Plafond annuel (<i>hors soins, radios, actes techniques et orthodontie</i>)	
- Les 2 premières années du contrat	800 €
- A partir de la 3ème année du contrat	1200 €
SOINS	
Soins, radios et actes techniques	+25% de la BRSS
PROTHÈSES ⁽³⁾	
Prothèses fixes, amovibles, réparations et provisoires	+75% de la BRSS
Inlay-Core	+75% de la BRSS
DENTAIRE NON REMBOURSÉ PAR LE RO ⁽³⁾	
Implants, prothèses refusées, orthodontie refusée et parodontologie	200 €
ORTHODONTIE ^(3*)	
Orthodontie acceptée par le RO	+75% de la BRSS
AUDIOPROTHÈSES (délai de carence de 3 mois)	
Forfait annuel aides auditives classe II par oreille ⁽⁴⁾	300 €
PRÉVENTION SANTÉ (Forfait par année civile et par bénéficiaire)	
Acupuncture, aromathérapie, art-thérapie, auriculothérapie, bioénergie, chiropractie, coach en développement personnel, coach sportif, diététiciens, drainage lymphatique, ergothérapie, étio-pathie, homéopathe, hypnose, kinésiologie, microkinésithérapie, musicothérapie, naturopathie, neurostimulation électrique transcutanée, nutritionniste, nutrithérapie, olfactothérapie, oligothérapie, ostéopathie, pédicure-podologue, phytothérapie, psychologue (<i>hors dispositif "MonPsy"</i>), psychomotricité, réflexologie, reconstruction posturale méthodes Mézières, sexothérapeute/sexologue, shiatsu, sophrologie, thérapie de couple (<i>Sur présentation d'une facture nominative acquittée permettant d'identifier le nom et la qualité du professionnel de santé</i>)	50 € par acte dans la limite du forfait annuel de 150 €
Médicaments prescrits ou non et non remboursés par la Sécurité Sociale (<i>y compris la contraception féminine et masculine, les anneaux et patchs contraceptifs, les médicaments homéopathiques, les huiles essentielles, les compléments alimentaires, les probiotiques, les huiles et produits détox, les huiles de CBD et les gélules CBD</i>) ⁽⁷⁾	150 € par an et par bénéficiaire
Analyses, examens et radiologie prescrits non remboursés par la Sécurité sociale par an et par bénéficiaire ⁽⁷⁾	150 €
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	150 €
Densitométrie osseuse	TM + 65 € par an
Vaccins antigrippal	100% du TRSS

Garanties Optionnelles

	Remboursement Mutuelle
ACCIDENT (6)	
Individuelle Décès Accident	750 €
FRAIS D'OBSÈQUES (6)	
Participation forfaitaire pour frais funéraires	500 €
DÉPENDANCE (6)	
Autonomie Santé : - Capital en cas de Dépendance Totale	2 000 €
COUPS DURS (6)	
En cas de : - Perte d'emploi - Arrêt de travail - Hospitalisation suite à accident - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	Prise en charge d'un montant équivalent de trois mensualités, dans la limite de 300 € par adhésion, avec un maximum de 1 sinistre par année d'assurance (toutes garanties confondues) et de 1 sinistre par événement déclencheur.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

RO : Régime Obligatoire

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgie Obstétrique)

BRS5 : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

TM : Ticket Modérateur

* En cas d'exonération du ticket modérateur, la Sécurité sociale prend en charge 100 % de la base de remboursement des dépenses liées aux soins et traitements.

Dans le cas des garanties non remboursées par le RO, le remboursement ne concerne que la mutuelle.

Chambre particulière avec hébergement limitée à 30 jours /an en rééducation fonctionnelle, maison de repos, psychiatrie. Exclue en maison de convalescence, moyen séjour.

** La mutuelle vous propose la prise en charge d'un Forfait Connectivité qui correspond au frais d'abonnement pour l'accès à un téléviseur, à un téléphone fixe ou encore à Internet dans votre chambre lors de votre hospitalisation et facturé par l'établissement de soins. Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

*** Sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre Régime Obligatoire.

(1) Petit Appareillage :

- Orthèses et prothèses externes

Grand appareillage :

- Les véhicules pour personnes en situation de handicap en location de courte durée (maximum 6 mois) sont pris en charge intégralement sans reste à charge (RAC) pour l'assuré à compter du 01/12/2025 dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins et tels que défini réglementairement.
- Les véhicules pour personnes en situation de handicap, neufs ou en location de longue durée sont remboursés intégralement par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à compter du 01/12/2025.
- Prothèses externes non orthopédiques.
- Prothèses oculaires et faciales.
- Podo-orthèses.
- Orthoprothèses.

Dispositifs médicaux à usage individuel :

- Dispositifs médicaux pour le traitement des maladies respiratoires.
- Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile.
- Dispositifs médicaux pour auto-traitement ou autocontrôle.
- Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil uro-génital.
- Produits pour nutrition et matériels d'administration.
- Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur.
- Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers.
- Lits et matériels pour lits.
- Dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie.
- Postiche.
- Les prothèses capillaires appartenant à la classe I sont prises en charge intégralement par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à compter du 01/01/2026.
- Les prothèses capillaires appartenant à la classe II sont prises en charge intégralement à compter du 01/01/2026 dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins et tels que défini réglementairement.
- Les prothèses capillaires appartenant à la classe III, IV sont remboursées à hauteur du remboursement indiqué dans le tableau de garantie.
- La prise en charge financière d'une prothèse capillaire s'accompagne de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue.

Pansements :

- Articles pour pansements et matériels de contention.

(2) Tels que définis réglementairement.

Conditions de renouvellement d'un équipement optique :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 3 décembre 2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Panachage des verres et monture : un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes.

Remboursement d'un verre neutre : le remboursement d'un verre neutre (sans correction) hors du panier 100% Santé (classe B) se fera à hauteur du remboursement du verre simple.

Définition des types de verres : (au sens de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale) :

- **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 égal à 0,25 dioptrie, verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S 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 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.

(3) Tels que définis réglementairement et dans la limite du prix de facturation fixé par les textes officiels à la date des soins.

Au sujet des garanties dentaires, les remboursements des actes concernés par un dépassement d'honoraires et/ou non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (tels que implants et parodontologie) sont conditionnés par :

- un accord d'entente préalable du Service de Conseil dentaire de la Mutuelle,
- la fourniture éventuelle d'éléments complémentaires (radios pré, per et post-opérateurs, bilan parodontal, déclaration de conformité...).

Ces pièces, parties intégrantes de votre dossier médical, peuvent vous être demandées par notre chirurgien-dentiste consultant, garant du secret médical, selon la nature du plan de traitement établi par votre praticien traitant.

(3*)

Le remboursement de la mutuelle intervient à période échuë, c'est-à-dire à la date de fin du traitement ou de la contention, sur la base de cette date, sans calcul de prorata. L'intervention se limite au bilan, au traitement actif et à la contention, hors pertes éventuelles et/ou réparations.

Le bilan n'est remboursable que si le traitement orthodontique est réalisé.

(4) Tels que définis règlementairement et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins et dans la limite du plafond du contrat responsable.

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive peut être fait à l'échéance d'une période de 4 ans suivant la précédente délivrance. Pour le renouvellement, le remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé est soumis à certaines conditions :

- L'appareil auditif actuel n'est plus adapté ou fonctionnel ;
- Le délai de garantie de 4 ans de l'appareil est passé ;
- Vous bénéficiez d'une prescription médicale.

Pour renouveler la prise en charge de vos appareils auditifs, une prescription médicale établie par un oto-rhino-laryngologiste (ORL) est nécessaire.

Attention : les prothèses auditives sont prises en charge par l'Assurance maladie à condition qu'elles appartiennent à une catégorie inscrite sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursés.

Votre mutuelle conditionne le remboursement de toute prestation d'audioprothèse à la réception des pièces suivantes :

- La copie de l'ordonnance de prescription des audioprothèses par l'ORL,
- La copie du tracé et du compte-rendu du dernier audiogramme réalisé,
- La copie des 2 devis que l'audioprothésiste vous a transmis, l'un des devis doit obligatoirement concerner une aide auditive de classe 1 (offre 100% Santé),
- Tout document jugé nécessaire par la mutuelle pour l'instruction de votre dossier.

Désormais, les aides auditives sont réparties en deux catégories :

- Les aides auditives de classe 1 (offre 100% Santé) : elles permettent aux assurés de prétendre à une offre exonérée de reste à charge.
- Les aides auditives de classe 2 (en dehors du 100% Santé) : ce sont des dispositifs médicaux à prix libres. Ils ne permettent pas de garantir une absence de reste à charge.

Les prestations de suivi qui sont attachées à ces aides auditives sont comprises dans le prix d'achat de l'équipement.

(5) **SOINS À L'ÉTRANGER :**

La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, en Corse, ainsi que dans les DROM.

Cas des sinistres survenus à l'étranger

La garantie du contrat s'étend aux maladies et accidents survenus à l'étranger si les deux conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- si les soins ont été prodigués au cours d'un séjour temporaire de moins de 3 mois hors de la France métropolitaine, de la Corse et des DROM ;
- et, si les soins ont fait l'objet d'une prise en charge par un Régime obligatoire de Sécurité sociale français, ou par un Régime obligatoire relevant de la Carte européenne dans la zone Union Européenne, Espace Économique Européen, ou en Suisse.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle prend en charge les dépenses exposées :

- à hauteur du ticket modérateur, sur la base du décompte de la Caisse de Régime obligatoire de Sécurité sociale française, ou de celui du pays dans lequel les soins ont été réalisés ;
- sur présentation de tout justificatif utile au versement de la prise en charge tels que copies du formulaire s3125 de déclaration de soins reçus à l'étranger (destiné au régime

de base obligatoire), des ordonnances, de factures diverses acquittées, frais de transport, etc... (liste non exhaustive), ou de toute autre pièce complémentaire demandée par la Mutuelle. La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle intervient dans les limites suivantes :

- S'agissant des frais d'hospitalisation à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale française, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera une indemnité de 100 € (cent euros) par journée d'hospitalisation, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1500 € (mille-cinq-cents euros).
- S'agissant de frais dentaires à l'étranger :
 - Si les frais dentaires ont été engagés dans l'un des pays frontaliers suivants (Allemagne, Belgique, Luxembourg, Italie, Espagne), et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, le remboursement de la Mutuelle s'effectuera conformément aux garanties souscrites telles que figurant dans le tableau contractuel des garanties, et ce, toujours dans la limite des frais engagés (application des limites de garanties et des plafonds annuels, le cas échéant).
 - Si les frais dentaires ont été engagés dans un pays non cité précédemment, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle Assureur, cette dernière versera un forfait de 200 € (deux-cents euros) par prothèse et/ou implant, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1 000 € (mille euros).
- S'agissant de frais optiques à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 € (cent euros) par équipement ou 50 € (cinquante euros) par paire de lentilles, dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.
- S'agissant de frais d'audioprothèse à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 € (cent euros) par prothèse (oreille), dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.

La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

(6) Les prestations sont versées par année civile et par bénéficiaire.

(7) La mutuelle se réserve le droit de refuser tout remboursement d'un produit et /ou dispositif n'étant pas destiné, par son fabricant, à être utilisé à des fins de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie, pathologie ou blessure.

Le Code de la Santé publique (article L5111-1) définit le médicament comme: « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. »

Le médicament obéit à une réglementation contraignante et s'inscrit dans un circuit de fabrication et de mise à disposition des professionnels et des patients très encadré et strictement surveillé.

Le médicament contient :

- un principe actif, substance d'origine chimique ou naturelle caractérisée par un mécanisme d'action curatif ou préventif précis dans l'organisme,
- des excipients, substances d'origine chimique ou naturelle qui facilitent l'utilisation du médicament, mais ne présentent pas d'effet curatif ou préventif.

ACTES DE PRÉVENTION : Ostéodensitométrie, Vaccinations : Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite tous âgés.

ASSISTANCE : 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 sur simple appel téléphonique.

Vous pouvez retrouver l'ensemble de vos contrats et la possibilité de souscription de nouvelles garanties depuis votre espace adhérent
<https://mawebmutuelle.fr>