

PRESTATIONS 2012 gamme ECO (sécurité sociale + mutuelle)

	SOINS MEDICAUX	Part du Régime Obligatoire	Base
Honoraires médicaux	Consultations/visites généraliste	70%	100%
	Consultations/visites spécialiste	70%	100%
	Actes en K, KC, KCC, KE, ADC, ATM, ADE, ADA, ACO	70%	100%
	Déplacements	70%	100%
	Actes d'imagerie ADI hors échographie	70%	100%
	Radiologie	70%	100%
	Analyses	60%	100%
	Soins infirmiers	60%	100%
	Orthopédie	65%	100%
	Orthophonie	60%	100%
	Auxiliaires médicaux	60%	100%
	Kinésithérapie	60%	100%
	Cures thermales	65%	100%
	Transport	65%	100%
Pharmacie	Pharmacie vignette orange 15%	15%	80%
	Pharmacie vignette bleue 35%	30%	100%
	Pharmacie vignette blanche 65%	65%	100%
Prévention	Vaccins prévention	65% ou 35%	Frais réels [3]
	Bilan de langage avant 14 ans	60%	100%
	Ostéodensitométrie	70%	122 € [1]
	Dépistage de l'audition	70%	100%
	Ostéopathe	0	60 € [1]
	Médecine douce (Ethiopatie, homéopathie, acupuncture)	0	60 € [1]
	Péridurale	0	122 € [1]
	Appareillage (Orthèse, incontinence, contention, LPP)	0	76 € [1]
	Procréation assistée	0	122 € [1]
	Forfait assistance hospitalière	0	9 € [4]
	Optique montures & verres	60%	100%
Dentaire	Prothèse dentaire et Actes en ADP, PFM, PFE, PDA	70%	100%
	Soins dentaires et actes en SDE, AXI, PAR	70%	100%
	Orthodontie (Traitement orthopédie dento-faciale TOR)	100%	100%
Hospitalisation	Hospitalisation forfait journalier	0	100% [2]
	Honoraires hospitalier en K, KC, KCC, KE, ADC, ATM, ADE, ADA, ACO, ADI	80%	100%
	Hospitalisation séjour et GHS	80%	100%

Prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale y compris le remboursement du régime obligatoire sans que la somme des intervenants pour un même acte ne dépasse les frais réellement engagés, et dans le respect du cahier des charges des contrats responsables dans le cadre de la loi 2004-810 du 13 août 2004. Les pourcentages indiqués sont ceux appliqués dans le cadre du parcours de soins coordonnés, la majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge. La retenue forfaitaire de 1€ restant à la charge de l'assuré. Le forfait de 18 € laissé à charge de l'assuré par le régime obligatoire pour les actes supérieurs ou égal à 120€ est à charge de la mutuelle.

[1]: Forfait annuel par personne

[2]: Illimité pour l'hospitalisation chirurgicale. Limité à 60 Jours/Personne/An pour une autre hospitalisation (hors long séjour).

Limité à 30 Jours/Personne/An en hospitalisation psychiatrique.

[3]: Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Hépatite B avant 14 ans, BCG avant 6 ans, Rubéole, Haemophilus influenza, Pneumocoques.

[4]: 9 € par jour d'hospitalisation (Limité à 45 Jours/Personne/An.)

Document non contractuel.