




GARANTIES DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS <sup>(1)</sup>	
<b>Hospitalisation médicale et chirurgicale</b>	
Honoraires <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les médecins adhérents à l'OPTAM et l'OPTAM-CO*</li> <li>• pour les médecins non adhérents à l'OPTAM et l'OPTAM-CO*</li> </ul> Frais de séjour Chambre commune <sup>(2)</sup> Frais de séjour Chambre particulière <sup>(2)(3)(4)</sup> Forfait journalier hospitalier Frais d'accompagnant <sup>(3)(5)</sup> Transport <sup>(5)(6)(7)</sup> Prothèse opératoire Prothèse mammaire (prise en charge par le RO) Prothèse capillaire (prise en charge par le RO) <sup>(9)</sup>	100% 100% 100% 70 € par jour 100% (dans la limite de 18€ par jour) Forfait 16 € par nuit 100% 250% Forfait 50 € par prothèse Forfait 150 €
<b>Frais médicaux et paramédicaux</b>	
Consultations, visites, Actes techniques et de spécialité, imagerie <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les médecins adhérents à l'OPTAM et l'OPTAM-CO*</li> <li>• pour les médecins non adhérents à l'OPTAM et l'OPTAM-CO*</li> </ul> Analyses, auxiliaires médicaux Ostéodensitométrie (sur prescription médicale et facture acquittée) Transport <sup>(5)(7)</sup> (hors hospitalisation) Orthopédie, petits appareillages Pharmacie (prise en charge à 65 %, à 30 % ou à 15 % par le RO) Vaccin antigrippe non pris en charge par le RO Pilule non prise en charge par le RO <sup>(10)</sup>	100% 100% 100% Forfait de 50 € (1 examen tous les 2 ans) 100% 100% 100% 100% Forfait : 20€
<b>Actes dispensés par un professionnel reconnu pour des disciplines non prises en charges par le RO <sup>(9)(13)</sup></b>	
Diététicien, ostéopathe, étiopathe, chiropracteur, acupuncteur, nutritionniste	2 Forfaits de 20 €
<b>Dentaire</b>	
 <b>Équipement 100% Santé – sans reste à charge</b>	<b>Remboursement intégral</b>
Soins dentaires Traitements et travaux prothétiques pris en charge par le RO Traitements et travaux prothétiques non pris en charge par le RO Orthodontie prise en charge par le RO	100% 225% Néant
<b>Optique</b>	
 <b>Équipement 100% Santé – sans reste à charge</b>	<b>Remboursement intégral</b>
Monture <sup>(8)</sup> Verre simple pris en charge par le RO (par verre) <sup>(8)</sup> Verre complexe pris en charge par le RO (par verre) <sup>(8)</sup> Verre de contact et lentille pris en charge par le RO Verres de contact et lentilles non pris en charge RO <sup>(9)</sup> Chirurgie réfractive <sup>(9)</sup>	100% + Forfait 75€ 100% + Forfait 45€ 100% + Forfait 100€ Forfait 46 € Forfait 92 € Forfait 250 €
<b>Aides auditives</b>	
 <b>Équipement 100% Santé – sans reste à charge</b>	<b>Remboursement intégral</b>
Prothèse auditive	300%

## Suite Mosaïque niveau 2 année 2020

<b>Cure thermale <sup>(7)</sup></b>	
Forfait thermal et honoraires médicaux	100%
Frais d'hébergement et de voyage	Néant
<b>Prestations de prévention</b>	
Détartrage <sup>(11)</sup>	100%
Vaccins <sup>(12)</sup>	100%
<b>Naissance ou adoption <sup>(14)(15)</sup></b>	
Prime naissance	Néant
<b>Décès <sup>(15)(16)</sup></b>	
Allocation décès	Néant
<b>Assistance santé à domicile 24h/24, 7j/7</b>	

**Modalités applicables en cas de non respect du parcours de soins**

En cas de non respect du parcours de soins, nous appliquerons aux garanties détaillées ci-dessus les exclusions suivantes :

- la non prise en charge des participations forfaitaires, article L.322-2 §2 (1€ en 2019) et §3 du Code de la Sécurité sociale (0,50€ par boîte de médicaments, 0,50€ par acte paramédical, 2€ par transport sanitaire),
- la non prise en charge des dépassements d'honoraires,
- la non prise en charge de la majoration de participation mise à la charge des assurés :

\* article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et article L.1111-15 du Code de la Santé Publique (augmentation du ticket modérateur),  
\* article R.322-1 du Code de la Sécurité sociale (en cas de dérapage de l'Ondam : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie).

\* L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins de secteur 2 et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

- 1) Les taux exprimés s'appliquent au tarif de base de remboursement du régime d'obligation y compris la participation de ce dernier, à l'exclusion :
  - Des participations forfaitaires, article L.322-2 §2 (1€ en 2019) et §3 du Code de la Sécurité sociale (0,50€ par boîte de médicaments, 0,50 € par acte paramédical, 2€ par transport sanitaire),
  - De la majoration de la participation mise à la charge des assurés, article R.322-1 du Code de la Sécurité sociale, (en cas de dérapage de l'Ondam : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie).
 L'ensemble des prestations (régime obligatoire (RO) + régime complémentaire (RC)) est limité aux frais réels.
- 2) Application des tarifs suivant l'accord du lieu et de l'établissement d'hospitalisation donné par le régime d'obligation. Si hospitalisation supérieure à 5 jours, prise en charge des frais de TV dans la limite de 20 jours par séjour.
- 3) Sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit.
- 4) Limité à 60 jours par an et par bénéficiaire pour les affections psychopathologiques.
- 5) A l'exclusion des cures thermales, colonies sanitaires, maisons d'enfants à caractère sanitaire, maisons de convalescence ou de repos.
- 6) Du domicile du malade à la structure hospitalière la plus proche.
- 7) Sous réserve de la prise en charge par le régime d'obligation.
- 8) Le nombre d'équipement (2 verres + 1 monture) est limité à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où les forfaits s'appliquent pour les frais engagés par période d'un an.  
Sont considérés comme : verres simples : les verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ;  
verres complexes : les verres dont la sphère est supérieure à -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 ainsi que les verres multifocaux ou progressifs.
- 9) Par an, par bénéficiaire et sur présentation de la facture acquittée.
- 10) Par trimestre, par bénéficiaire et sur présentation de la facture acquittée.
- 11) Un détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- 12) Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; Coqueluche : avant 14 ans ; Hépatite B : avant 14 ans ; BCG : avant 6 ans ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.
- 13) Pour l'ensemble des disciplines, dans la limite du nombre de forfaits fixés par l'option choisie.
- 14) Versée à l'inscription de l'enfant dans les 3 mois qui suivent la naissance (ou l'adoption).
- 15) Ces forfaits sont assurés par le biais d'un contrat collectif souscrit par Apivia Mutuelle auprès de Macif-Mutualité, Carré Haussmann, 22-28 rue Joubert, à Paris et réservés aux bénéficiaires non retraités.
- 16) PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée.