

## GENERATION MOUVEMENT - 2023

# Génération Mouvement - Confort

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
<b>Soins courants</b>		
<b>Honoraires médicaux : consultations et actes techniques</b>		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
<b>Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...</b>		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
<b>Médicaments</b>		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	150%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
<b>Hospitalisation</b>		
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux</b>		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	125%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	105%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	125%
Chambre particulière avec nuitée (2)	-	42€ / jour (max. 90 jours)
Chambre particulière en ambulatoire	-	21 € / jour
<b>Optique (3)</b>		
Equipements 100% santé (4)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
<b>Equipements à tarifs libres (4)</b>		
- Verres simples+monture	60%	311 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	332 €
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	352 €
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables)	60%	100%
Lentilles non prises en charge par le RO (y.c jetables), Kératotomie et autres techniques oculaires non prises en charge par le RO.	-	150 € pour 2 ans
Autres prestations optiques 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	-
<b>Dentaire</b>		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (5)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay) (5)	70%	100%
<b>Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (5)</b>		
- Prothèses et actes non pris en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO ou non	-	100 € / an
- Prothèses prises en charge par le RO (y.c inlay core)	70%	200%
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	100%
Parodontologie, Implantologie, Inlay-Onlay	-	-
<b>Aides auditives (5)</b>		
Equipements 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)	60%	100% + 150 €
<b>Cures thermales prises en charge par le RO</b>		
Soins et forfait thermal pris en charge par le RO	65% à 70%	100%
Hébergement pris en charge par le RO	65%	100%
<b>Prévention</b>		
<b>Actes de prévention pris en charge par le RO (7)</b>		
- Prévention des caries pour les enfants	70%	100%
- Détartrage annuel dentaire	70%	
- Ostéodensitométrie	70%	
- Dépistage des troubles du langage pour les enfants	70%	
- Dépistage de l'hépatite B	70%	
- Dépistage auditif	70%	
- Autres actions de prévention prises en charge par le RO	70%	

## GENERATION MOUVEMENT - 2023 (Suite)

# Génération Mouvement - Confort

Régime  
obligatoire (RO)

Régime obligatoire + Mutualia

Assistance et services	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

**OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - FR : Frais Réels - RO : Régime Obligatoire - TM : Ticket Modérateur - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale**

Les taux de remboursement de la Sécurité Sociale sont mentionnés ci-dessus à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision réglementaire ou législative. Les taux indiqués s'appliquent aux tarifs de Base de Remboursement de Sécurité Sociale, dans la limite des frais engagés et sous réserve de remboursement par le Régime Obligatoire.

Les garanties s'appliquent dans les limites des dispositions du contrat collectif.

Les garanties sont responsables au sens des articles L.871-1 et R 871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale tels qu'issus des modifications introduites par l'article 56 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014 et le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014. Conformément à la loi, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire (1 euro) ainsi que les franchises et majorations applicables au 1er janvier 2009 en cas de non respect du parcours de soins. Dans le cadre des actes de plus de 120 euros mis en oeuvre par des spécialistes, la participation forfaitaire est prise en charge par la mutuelle.

- (1) Forfait journalier facturé par les établissements de santé, à l'exclusion de celui facturé par les établissements médicaux sociaux, tels que définis réglementairement et repris dans le contrat.
- (2) Limité à 45 jours par année civile et par bénéficiaire pour les séjours en maisons d'enfants à caractère sanitaire ou scolaire de type permanent, ateliers thérapeutiques, instituts ou centres médico-éducatifs, médico-psycho-pédagogiques, médico-professionnels, de rééducation et de réadaptation non fonctionnelle, Instituts psycho-thérapeutiques, maison de santé maladies mentales, séjours en psychiatrie, maison d'accueil spécialisée pour adulte handicapé.
- (3) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues. Remboursement de la monture limité à 100 euros
- (4) Equipements composés de 2 verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, tels que définis réglementairement et selon les conditions et modalités de prise en charge prévues dans le contrat.
- (5) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par le contrat.
- (6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.
- (7) Selon les modalités et conditions prévues au contrat.