

 **Estimez et Suivez vos remboursements santé sur [mbamutuelle.com](https://mbamutuelle.com)**  
en vous connectant sur l'espace personnel sécurisé

Les garanties ci-après s'appliquent dans les conditions prévues par le règlement mutualiste ou, pour les garanties d'assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels engagés.

		Formule Eco	Formule 1	Formule 2	Formule 3
		Non Responsable	Responsable	Responsable	Responsable
Précisions		Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>
<b>Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés à l'exclusion des frais facturés par les établissements médico-sociaux (MAS), hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), etc.)</b>					
<b>Honoraires</b>					
Honoraires - Signataires de l'OPTAM*	Pour les établissements hospitaliers privés, sur présentation du bordereau d'hospitalisation.	100% BR	100% BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires - Non Signataires de l'OPTAM*		100% BR	100% BR	130 % BR	180 % BR
<b>Forfait journalier hospitalier</b>					
Forfait journalier	Durée illimitée.	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Autres frais</b>					
Frais de séjour		100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Chambre particulière en séjour hospitalier	Limitée à 180 jours par an, réduite à 60 jours par an en cas de séjour en psychiatrie, à l'exception de la formule Eco réduite à 30 jours par an pour les hospitalisations en psychiatrie. Sur présentation d'une facture acquittée de l'établissement hospitalier	40 €/jour	30 €/jour	50 €/jour	70 €/jour
Chambre particulière en hospitalisation ambulatoire Hospitalisation en ambulatoire : entrée et sortie le même jour	Limitée à 10 jours par an. Sur présentation d'une facture acquittée de l'établissement hospitalier	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	25 €/jour
Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire assuré	Durée illimitée. Sur présentation de justificatifs de frais. Versés sous réserve que la personne accompagnante et la personne hospitalisée soient inscrites au contrat. Couvrent les frais de transport, d'hébergement et de restauration de la personne accompagnante, à l'exclusion de toutes autres dépenses.	-	-	20 €/jour	35 €/jour
Soins externes		100 % BR	100 % BR	100% BR	100% BR
Participation forfaitaire pour actes coûteux		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Maternité et adoption</b>					
Allocation de naissance ou d'adoption*	Le forfait est versé à compter du 9ème mois d'adhésion à la Mutuelle. Naissances ou adoptions multiples : multipliée par le nombre d'enfants Sur présentation de la photocopie du livret de famille, de l'extrait d'acte de naissance ou du certificat définitif d'adoption.	-	-	150 €	300 €
Chambre particulière en service maternité	Limitée à 180 jours par an (limite commune à la chambre particulière en séjour hospitalier). Sur présentation d'une facture acquittée de l'établissement hospitalier	40 €/jour	30 €/jour	50 €/jour	70 €/jour
<b>Soins courants (secteur conventionné et non conventionné<sup>(2)</sup>)</b>					
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations et visites généralistes - Signataires de l'OPTAM*		-	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultations et visites généralistes - Non Signataires de l'OPTAM*		-	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Consultations et visites spécialistes - Signataires de l'OPTAM*		-	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultations et visites spécialistes - Non Signataires de l'OPTAM*		-	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Signataires de l'OPTAM*		-	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité - Non Signataires de l'OPTAM*		-	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Signataires de l'OPTAM*		-	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - Non Signataires de l'OPTAM*		-	100 % BR	130 % BR	180 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
Auxiliaires médicaux		-	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Séances de psychologie remboursées par la Sécurité sociale	Prise en charge de séances dispensées par les psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur <a href="https://monpsy.sante.gouv.fr">monpsy.sante.gouv.fr</a>	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>					
Analyses, actes de biologie et prélèvements		-	100 % BR	150 % BR	200 % BR


**Estimez et Suivez vos remboursements santé sur [mbamutuelle.com](https://mbamutuelle.com)**  
 en vous connectant sur l'espace personnel sécurisé

Les garanties ci-après s'appliquent dans les conditions prévues par le règlement mutualiste ou, pour les garanties d'assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels engagés.

	Précisions	Formule Eco	Formule 1	Formule 2	Formule 3
		Non Responsable	Responsable	Responsable	Responsable
		Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>
<b>Soins courants (secteur conventionné et non conventionné<sup>(2)</sup>)</b>					
<b>Médicaments</b>					
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale		-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	Remboursement des médicaments (y compris l'homéopathie) sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée, sous réserve de figurer dans le répertoire des médicaments de l'ANSM.	-	-	25 €/an	50 €/an
<b>Matériel médical</b>					
Appareillage remboursé par la Sécurité sociale	Y compris semelles orthopédiques, bas de contention, orthèses, simulateurs cardiaques, fauteuils roulants... A l'exception des prothèses auditives et dentaires.	-	100 % BR	100 % BR + 150 €/an	100 % BR + 300 €/an
<b>Autres</b>					
Transport remboursé par la Sécurité sociale		-	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Participation forfaitaire pour actes coûteux		-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Aides auditives</b>					
<b>Équipement 100% Santé**</b>					
Prothèses auditives de Classe I <sup>(3)</sup>	Équipement 100% Santé : Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé tel que défini réglementairement. <b>Renouvellement tous les 4 ans.</b>	-	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
<b>Équipement tarifs libres</b>					
Prothèse auditive de Classe II <sup>(3)</sup>	<b>Renouvellement tous les 4 ans.</b>	-	100 % BR + 100 €/oreille	100 % BR + 300 €/oreille	100 % BR + 500 €/oreille
<b>Autres</b>					
Piles et entretien de la prothèse remboursés par la Sécurité sociale		-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Dentaire</b>					
<b>Soins et prothèses 100% Santé**</b>					
Prothèses dentaires	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé tel que défini réglementairement.	-	100% HLF	100% HLF	100% HLF
<b>Prothèses</b>					
Inlays-cores	Reste à charge modéré. En l'absence de liaison NOEMIE, prise en charge sur présentation du décompte de la Sécurité sociale accompagné de la facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale.	200 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale		200 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR
<b>Soins</b>					
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale		100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
<b>Inlays-onlays</b>					
<b>Autres</b>					
Implantologie remboursée par la Sécurité sociale		-	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Parodontologie remboursée par la Sécurité sociale	En l'absence de liaison NOEMIE, prise en charge sur présentation du décompte de la Sécurité sociale accompagné de la facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale.	-	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		200 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR
Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : prothèses dentaires fixes, prothèses dentaires amovibles, prothèses dentaires transitoires, réparations sur prothèses	Facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale.	75 €/an	-	200 €/an	300 €/an
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale			-	200 €/an	300 €/an
Implants non remboursés par la Sécurité sociale			-	200 €/an	300 €/an
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Y compris orthodontie adulte. Facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale.		-	200 €/an	300 €/an
Détartrage annuel complet sur et sous gingival remboursé par la Sécurité sociale	Facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité sociale.	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

 **Estimez et Suivez vos remboursements santé sur [mbamutuelle.com](https://mbamutuelle.com)**  
en vous connectant sur l'espace personnel sécurisé

Les garanties ci-après s'appliquent dans les conditions prévues par le règlement mutualiste ou, pour les garanties d'assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels engagés.

Précisions	Formule Eco	Formule 1	Formule 2	Formule 3	
	Non Responsable	Responsable	Responsable	Responsable	
	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	
<b>Optique*</b>					
<b>Equipement 100% Santé **</b>					
Monture et verres - Classe A <sup>(4)</sup>	Equipement 100% Santé : Zéro reste à charge dans la limite du panier 100% Santé tel que défini réglementairement. Renouvellement des lunettes : <b>limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, réduit à un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue</b> (justificatifs à fournir). Pour l'appréciation de la période de deux ans, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.	-	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
<b>Equipement tarifs libres</b>					
Panier aux tarifs libres - Classe B <sup>(4)</sup>	Renouvellement des lunettes : <b>limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, réduit à un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue</b> (justificatifs à fournir). Pour l'appréciation de la période de deux ans, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. <b>Le forfait comprend le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur, à l'exception de la formule Eco. Monture : prise en charge maximum de 60 € pour la formule Eco, de 50 € pour la formule 1, de 80 € pour la formule 2 et de 100 € pour la formule 3, montant inclus dans le forfait de l'équipement.</b>				
Equipement avec 2 verres simples		100 % BR + 130 €	100 €	200 €	250 €
Equipement avec 2 verres complexes		100 % BR + 170 €	200 €	250 €	350 €
Equipement avec 2 verres très complexes		100 % BR + 170 €	200 €	300 €	500 €
<b>Suppléments et prestations optiques (pour les verres Classe A et Classe B)</b>					
Adaptation de la prescription de verres correcteurs					
Appairage (hors verres Classe B)		-	100 % PLV	100 % PLV	100 % PLV
Verres avec filtres					
<b>Autres</b>					
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris jetables)	Sur présentation d'une facture acquittée.	100 % BR + 140 €/an	100 % BR	100 % BR + 100 €/an	100 % BR + 200 €/an
Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale	Toute chirurgie de l'œil (y compris Kératotomie). Y compris les implants multifocaux. Sur présentation d'une note d'honoraire du praticien détaillant le nombre d'œil opéré. <b>Le forfait est versé à compter de la 2ème année d'adhésion.</b>	150 €/œil/an	-	150 €/œil/an	300 €/œil/an
<b>Prévention</b>					
Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale	Conformément au cahier des charges des contrats responsables, défini par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins anti-grippe	Sur facture acquittée d'une pharmacie d'officine.	-	-	Frais réels	Frais réels
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	Sur prescription médicale et facture acquittée.	-	-	25 €/an	50 €/an
Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac	Sur prescription médicale et facture acquittée d'une pharmacie d'officine (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, à l'exclusion de la cigarette électronique).	-	-	50 €/an	100 €/an
Dépistage des troubles de l'audition		-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ostéodensitométrie remboursée ou non par la Sécurité sociale	<b>Tous les 2 ans.</b> Sur prescription médicale et facture acquittée.	100 % BR + 46 €	100 % BR	100 % BR	100 % BR

**Estimez et Suivez vos remboursements santé sur [mbamutuelle.com](http://mbamutuelle.com)**  
en vous connectant sur l'espace personnel sécurisé

Les garanties ci-après s'appliquent dans les conditions prévues par le règlement mutualiste ou, pour les garanties d'assistance, dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels engagés.

**Précisions**

		Formule Eco	Formule 1	Formule 2	Formule 3
		Non Responsable	Responsable	Responsable	Responsable
		Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>	Remboursement total avec votre garantie <sup>(1)</sup>
<b>Bien-être</b>					
Médecine douce <sup>(5)</sup>	Sont concernées les spécialités suivantes : ostéopathie, psychologie, psychothérapie, diététique, podologie, chiropractie, psychomotricité, ergothérapie, étiopathie et toutes autres médecines douces dispensées par un professionnel de santé attestant d'un numéro ADELI/FINESS/RPPS. Sur présentation d'une facture acquittée, nominative, détaillée et comportant le cachet du praticien.	-	15 €/séance 3 séances/an	25 €/séance 3 séances/an	35 €/séance 3 séances/an
Sport sur jeunes	<b>Limité aux bénéficiaires âgés de moins de 25 ans</b> (date d'anniversaire) à la date d'inscription à une association sportive. Sur présentation du justificatif daté et nominatif indiquant le montant acquitté et sous réserve que la discipline pratiquée soit reconnue par une fédération sportive française.	40 €/an	40 €/an	40 €/an	40 €/an
Sport sur ordonnance	Sur présentation de la photocopie du formulaire spécifique (prescription médicale) établi par le médecin et de la facture acquittée des frais d'inscriptions établie par le professionnel formé à l'APA.	100 €/an	100 €/an	100 €/an	100 €/an
<b>Cure thermale</b>					
Honoraires et soins, transports et hébergement remboursés par la Sécurité sociale		-	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait pour cure thermale *	Limité aux frais de transport et d'hébergement liés à la cure thermale.	-	-	100 €/an	200 €/an
<b>Prestations complémentaires</b>					
Téléconsultations	Consultations médicales à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes. Service disponible depuis votre espace personnel sur <a href="http://www.mbamutuelle.com">www.mbamutuelle.com</a>	Incluses	Incluses	Incluses	Incluses
Assistance santé	Aide à domicile, garde d'enfants/malade, aide psycho-sociale, écoute, conseil et orientation... Retrouvez toutes les informations sur votre espace personnel (rubrique Vos Documents) sur <a href="http://www.mbamutuelle.com">www.mbamutuelle.com</a>				
Analyse des devis optiques, dentaires et auditifs	Retrouvez toutes les informations sur votre espace personnel (rubrique Mes devis) sur <a href="http://www.mbamutuelle.com">www.mbamutuelle.com</a>				

**Légende :** BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale    HLF : Honoraires Limites de Facturation    PLV : Prix Limites de Vente

**OPTAM :** L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée est un contrat conclu entre l'Assurance maladie et les médecins par lequel les médecins signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

**La Formule Eco ne répond pas au cahier des charges des contrats responsables.**

**Les Formules 1, 2 et 3 respectent le cahier des charges des contrats responsables et répondent à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires en vigueur.**

(1) Garanties y compris avec les remboursements de la Sécurité sociale sauf pour les forfaits exprimés en euros qui viennent en complément des éventuels remboursements de la Sécurité sociale, sauf précision contraire, et sont versés dans la limite des frais réels engagés.

(2) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(3) La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 ans. Pour l'appréciation de la période de 4 ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Dans le cadre d'une acquisition d'une aide auditive de la classe II, la prise en charge totale (y compris avec le remboursement de la Sécurité sociale) ne pourra excéder la limite de 1 700 € par aide auditive.

(4) Pour toutes précisions, se référer au règlement mutualiste.

(5) La Mutuelle ne prend en charge que les séances de médecine douce réalisées par des professionnels de santé enregistrés dans les répertoires nationaux RPPS, ADELI ou FINESS ou, pour les étiopathes, enregistrés au Registre National des Etiopathes. La Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut du praticien.

\*L'offre 100 % Santé s'adresse à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé responsable.

**PRÉCISIONS SUR VOS GARANTIES**

MATERNITÉ*	OPTIQUE*	CURE THERMALE*	OPTAM*
Allocation de naissance ou d'adoption Cette allocation est destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à une naissance. Elle est versée pour la naissance d'un enfant déclaré à l'état civil. La même allocation est versée pour l'adoption d'un enfant. Seule la naissance d'un enfant du Membre Participant (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à la prestation. En cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le Membre Participant lui-même.	La garantie ne prend pas en charge : - les produits d'entretien des lunettes et des lentilles, - les essais de lentilles ou les lentilles d'adaptation - les frais de réparation des lunettes, - les frais de port en cas de réception par voie postale d'un équipement optique ou de lentilles. La prise en charge de vos lunettes est limitée à un équipement (verres + monture) tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du dernier élément de l'équipement, verres ou monture) par le Membre Participant.	La Mutuelle verse un forfait pour la prise en charge des frais de transport et d'hébergement liés à une cure thermale remboursée par la Sécurité sociale. Ce forfait vient en complément du remboursement du ticket modérateur lorsque ces frais sont remboursés par la Sécurité sociale. Les frais de transports sont calculés et remboursés dans les mêmes conditions que celles de la Sécurité Sociale, soit sur la base du tarif théorique d'un aller/retour SNCF en 2e classe, quel que soit le mode de transports utilisé et dans la limite des frais réellement engagés.	L'option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) est un contrat conclu entre l'Assurance maladie et les médecins par lequel les médecins signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

**PIÈCES À JOINDRE À VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENT**

**Bénéficiaire NOEMIE :**

Si la liaison directe et automatisée (liaison NOEMIE) entre votre caisse d'assurance maladie obligatoire et MBA Mutuelle est active, le remboursement complémentaire s'effectue automatiquement pour une grande majorité de vos soins. Vous devez toutefois nous transmettre les pièces justificatives, listées dans votre tableau de garantie, pour obtenir le remboursement complémentaire de certaines prestations (actes ou frais non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, dépassement d'honoraires, etc.).

**Non bénéficiaire NOEMIE :**

Vous devez nous transmettre systématiquement vos décomptes de Sécurité Sociale, ainsi que les pièces listées dans votre tableau de garanties, dans les situations suivantes :  
- En l'absence de liaison directe et automatisée (liaison NOEMIE) entre votre caisse d'assurance maladie obligatoire et MBA Mutuelle.  
- En l'absence de la mention « décompte transmis directement à MBA Mutuelle » sur vos relevés de prestations de la Sécurité sociale.

**NOS SERVICES +**

• Avec votre carte mutualiste, bénéficiez du tiers-payant (dispense d'avance de frais) pour une majorité de vos soins.

• En créant votre espace personnel depuis le site [www.mbamutuelle.com](http://www.mbamutuelle.com), consultez vos remboursements 7J/7 et 24H/24, transmettez vos demandes de renseignements et disposez de nombreuses informations.

**Notre centre de Relation Adhérents se tient à votre disposition**  
du lundi au vendredi de 8H30 à 18H00 au **02.99.29.66.00**  
ou par mail à [contact@mbamutuelle.com](mailto:contact@mbamutuelle.com)