

LABEL - EN ACTIVITE
BAREMES 2019

CONTRAT RESPONSABLE

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE II									
	LABEL A EN ACTIVITE - 2L30		LABEL B EN ACTIVITE - 2L31		LABEL C EN ACTIVITE - 2L32		LABEL D EN ACTIVITE - 2L33		LABEL E EN ACTIVITE - 2L34	
HONORAIRES EN VILLE ET A L'HOPITAL	NON OPTAM	OPTAM	NON OPTAM	OPTAM	NON OPTAM	OPTAM	NON OPTAM	OPTAM	NON OPTAM	OPTAM
Consultations visites généralistes	100 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	200 % BR	400 % BR
Consultations visites spécialistes	100 % BR	100 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	200 % BR	400 % BR	200 % BR	500 % BR
Honoraires en cas d'hospitalisation	100 % BR	100 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	200 % BR	400 % BR	200 % BR	600 % BR
Radiologie et imagerie médicale	100 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	200 % BR	400 % BR
Actes techniques réalisés en ville ou à l'hôpital	100 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	200 % BR	400 % BR
+ Prise en charge de la franchise pour tout acte égal ou supérieur à 120 €	100 % FR		100 % FR		100 % FR		100 % FR		100 % FR	
FRAIS DE SEJOUR HOSPITALISATION										
Frais de séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale	100 % BR		200 % BR		300 % BR		400 % BR		600 % BR	
Frais de séjour en maison de repos ou de soins	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Forfait Hospitalier										
Médecine - Chirurgie - Psychiatrie - Maison de repos, de convalescence et de rééducation sans limitation de durée (Sauf unités ou Centre de soins de longue durée art. 174-6 CSS et Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux art. L312-1 CASF (MAS, EPHAD,...))	100 % FR		100 % FR		100 % FR		100 % FR		100 % FR	
Chambre particulière et frais d'accompagnant	Plafond 1 000 € / an*		Plafond 1 500 € / an*		Plafond 2 000 € / an*		Plafond 3 000 € / an*		Plafond 3 000 € / an*	
Chirurgie, Médecine, Maternité										
Maison de Repos, Convalescence, Rééducation, Psychiatrie*	30 € / jour		50 € / jour		70 € / jour		90 € / jour		150 € / jour	
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans inscrit à la mutuelle)										
TRANSPORT										
Transport remboursé par le Régime Obligatoire	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
MATERNITE										
Allocation naissance ou adoption (Allocation versée à l'adhésion de l'enfant)	-		170 € / enfant		200 € / enfant		300 € / enfant		400 € / enfant	
CURE THERMALE remboursée par le Régime Obligatoire										
Séjour et soins	70 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Forfait annuel	-		170 €		220 €		300 €		400 €	
Transport (si accord du Régime Obligatoire)	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
AUTRES FRAIS MEDICAUX										
Pharmacie 65%	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Pharmacie 30%	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Pharmacie 15%	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Pharmacie non remboursable sur prescription médicale (forfait annuel)	20 €		30 €		60 €		90 €		150 €	
Auxiliaires Médicaux (soins infirmiers, kinés, pédicure ...)	100 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR		400 % BR	
Analyses de Laboratoire	100 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR		400 % BR	
Médecine douce (Homéopathie, Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Etiopathie, Sophrologie, Diététique, Psychomotricité, Pédicure, Psychologie)	20 € - 2 séances / an		40 € - 2 séances / an		40 € - 3 séances / an		60 € - 4 séances / an		80 € - 5 séances / an	
APPAREILLAGE (Petit et grand appareillage, Prothèse auditive, Orthopédie)										
Prothèses auditives - par appareillage - 2 appareils tous les 3 ans	100 % BR + 150 €		100 % BR + 170 €		100 % BR + 220 €		100 % BR + 380 €		100 % BR + 400 €	
Autres appareillages (orthopédie, petit et grand appareillage) (forfait annuel)	100 % BR + 150 €		100 % BR + 170 €		100 % BR + 220 €		100 % BR + 380 €		100 % BR + 400 €	

La condition pour être mieux remboursé : être suivi par un praticien ayant signé une Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.
Pour savoir si votre praticien adhère au dispositif OPTAM ou CAS (Contrat d'Accès aux Soins), il suffit de consulter le site : <http://ameli-direct.ameli.fr>

LABEL - EN ACTIVITE

OPTIQUE	LABEL A EN ACTIVITE - 2L30		LABEL B EN ACTIVITE - 2L31		LABEL C EN ACTIVITE - 2L32		LABEL D EN ACTIVITE - 2L33		LABEL E EN ACTIVITE - 2L34		
	ADULTE	ENFANT (- 18 ans)	ADULTE	ENFANT (- 18 ans)	ADULTE	ENFANT (- 18 ans)	ADULTE	ENFANT (- 18 ans)	ADULTE	ENFANT (- 18 ans)	
	TOUS LES 2 ANS SAUF CHANGEMENT DE CORRECTION (4)		PAR AN		TOUS LES 2 ANS SAUF CHANGEMENT DE CORRECTION (4)		PAR AN		TOUS LES 2 ANS SAUF CHANGEMENT DE CORRECTION (4)		PAR AN
Verres et monture limités à 1 équipement (1 monture et 2 verres)	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR
Équipement avec verres simples	130 €	130 €	170 €	140 €	230 €	220 €	340 €	250 €	420 €	300 €	
Équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe	165 €	165 €	195 €	180 €	245 €	230 €	400 €	275 €	490 €	325 €	
Équipement avec 1 verre simple et 1 verre hypercomplexe	175 €	165 €	205 €	180 €	255 €	230 €	410 €	275 €	500 €	325 €	
Équipement avec verres complexes	200 €	200 €	220 €	220 €	260 €	240 €	460 €	300 €	560 €	350 €	
Équipement avec 1 verre complexe et 1 verre hypercomplexe	210 €	200 €	230 €	220 €	270 €	240 €	470 €	300 €	570 €	350 €	
Équipement avec verres hypercomplexes	220 €	200 €	240 €	220 €	280 €	240 €	480 €	300 €	580 €	350 €	
dont maximum pour la monture	100 € / monture	100 € / monture	100 € / monture	100 € / monture	100 € / monture	100 € / monture	120 € / monture	120 € / monture	150 € / monture	150 € / monture	
Complément Optique	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	
Forfait lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire (Forfait annuel)	65 €	65 €	85 €	85 €	115 €	115 €	170 €	170 €	210 €	210 €	
Opérations des yeux non prises en charge par le Régime Obligatoire (Forfait annuel par œil)	200 €	200 €	200 €	200 €	400 €	400 €	600 €	600 €	800 €	800 €	
DENTAIRE	REMBOURSE PAR LE RO	NON REMBOURSE PAR LE RO	REMBOURSE PAR LE RO	NON REMBOURSE PAR LE RO	REMBOURSE PAR LE RO	NON REMBOURSE PAR LE RO	REMBOURSE PAR LE RO	NON REMBOURSE PAR LE RO	REMBOURSE PAR LE RO	NON REMBOURSE PAR LE RO	
Soins*	100 % BR	-	100 % BR	-	100 % BR	-	150 % BR	-	300 % BR	-	
Inlay - Onlay	100 % BR	-	100 % BR	-	100 % BR	-	150 % BR	-	300 % BR	-	
Parodontologie	100 % BR	-	100 % BR	100 € / an	100 % BR	200 € / an	150 % BR	300 € / an	300 % BR	400 € / an	
Implants (2 implants / an)	200 % BR	-	250 % BR	100 € / implant	300 % BR	200 € / implant	400 % BR	400 € / implant	500 % BR	600 € / implant	
Plafond dentaire : 3 000 € / an - Lorsque le plafond est atteint, le remboursement est limité au Ticket Modérateur (3)											
Prothèses (2)	200 % BR	100 % BR	250 % BR	250 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR	
Orthodontie	200 % BR	100 % BR	280 % BR	180 % BR	330 % BR	230 % BR	400 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR	
* Les actes effectués par les stomatologues sont remboursés selon le poste de la rubrique "Honoraires réalisés en Ville ou à l'Hôpital"											
PREVENTION	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		
Autres prestations de prévention non prises en charge par le Régime Obligatoire											
Ostéodensitométrie (Forfait annuel)	40 €		40 €		40 €		40 €		40 €		
Vaccins anti-grippe (Forfait annuel)	10 €		10 €		10 €		10 €		10 €		
Vaccins (Forfait annuel)	15 €		15 €		15 €		15 €		15 €		
Sevrage tabagique (Forfait annuel)	60 €		60 €		60 €		60 €		60 €		
selon conditions et cotations fixées R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, modifié par décret N° 2015-1865 du 30 décembre 2015- art 10											
<p>(1) Les remboursements sont exprimés par référence aux tarifs servant de base aux remboursements du Régime Obligatoire à législation constante au 31.10. de l'année N-1 et dans la limite des dépenses engagées. Les remboursements de la Mutuelle respectent le cahier des charges du "Contrat Responsable" (Art L.871-1 du code de la Sécurité Sociale, modifié par la loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 art.83 qui entre en vigueur au 1er janvier 2017). Toutefois, hors du parcours de soins, la Mutuelle ne prendra en charge aucun dépassement d'honoraires, ni la majoration de participation appliquée par le R.O. aux actes et prescriptions, ni la majoration d'honoraires et actes externes réalisés par les praticiens hospitaliers. La Mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale portant sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports sanitaires.</p> <p>Les actes hors nomenclature et la participation forfaitaire instaurée par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 définie à l'Article L322-2 du code de la Sécurité Sociale, ainsi que les franchises médicales instaurées par la loi de financement de la Sécurité Sociale en 2008, ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.</p> <p>En cas de pluralité d'assureurs, les dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 13 août 1990 s'appliquent.</p> <p>(2) Prothèses inscrites à la nomenclature du Régime Obligatoire.</p> <p>(3) Le calcul s'effectue de date à date à compter de la date d'adhésion dans l'option de la garantie.</p> <p>(4) Le délai de 2 ans (1 an en cas de changement de correction) est calculé de date à date à compter de la date d'achat du dernier équipement (ou de la première composante du dernier équipement en cas d'équipement partiel)</p> <p>Lexique : RO : Régime Obligatoire BR : Base de Remboursement TM : Ticket Modérateur FR : Frais réels</p>											
<p>ASSISTANCE A DOMICILE 24h/24 et 7 jours/7 - Produit Assistance ☎ 0810 811 013 ASSISTANCE PREJUDIS 24h/24 et 7 jours/7 - Produit Assistance Protection Juridique ☎ 0810 811 013 PREVIFIL - Produit Previfil ☎ 0810 811 013 Le journal d'information d'AVENIR SANTÉ MUTUELLE</p> <p>Nos équipes sont à votre écoute 0 800 501 918 Service & appel gratuits www.avenirsantemutuelle.fr</p> <p style="text-align: right;">Bénéficiez avec le réseau KALIVIA, de tarifs préférentiels en Optique et Audio prothèses www.kalivia-sante.fr</p>											

BAREMES 2019

CONTRAT RESPONSABLE

PRESTATIONS	REMBOURSEMENT REGIME OBLIGATOIRE + MUTUELLE (1)									
	LABEL A ANCIENS AGENTS - 2L35		LABEL B ANCIENS AGENTS - 2L36		LABEL C ANCIENS AGENTS - 2L37		LABEL D ANCIENS AGENTS - 2L38		LABEL E ANCIENS AGENTS - 2L359	
	NON OPTAM	OPTAM	NON OPTAM	OPTAM	NON OPTAM	OPTAM	NON OPTAM	OPTAM	NON OPTAM	OPTAM
HONORAIRES EN VILLE ET A L'HOPITAL										
Consultations visites généralistes	100 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	200 % BR	400 % BR
Consultations visites spécialistes	100 % BR	100 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	200 % BR	400 % BR	200 % BR	500 % BR
Honoraires en cas d'hospitalisation	100 % BR	100 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	200 % BR	400 % BR	200 % BR	600 % BR
Radiologie et imagerie médicale	100 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	200 % BR	400 % BR
Actes techniques réalisés en ville ou à l'hôpital	100 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	200 % BR	400 % BR
+ Prise en charge de la franchise pour tout acte égal ou supérieur à 120 €	100 % FR		100 % FR		100 % FR		100 % FR		100 % FR	
FRAIS DE SEJOUR HOSPITALISATION										
Frais de séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale	100 % BR		200 % BR		300 % BR		400 % BR		600 % BR	
Frais de séjour en maison de repos ou de soins	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Forfait Hospitalier										
Médecine - Chirurgie - Psychiatrie - Maison de repos, de convalescence et de rééducation sans limitation de durée (Sauf unités ou Centre de soins de longue durée art. 174-6 CSS et Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux art. L312-1 CASF (MAS, EPHAD,...))	100 % FR		100 % FR		100 % FR		100 % FR		100 % FR	
Chambre particulière et frais d'accompagnant	Plafond 1 000 € / an*		Plafond 1 500 € / an*		Plafond 2 000 € / an*		Plafond 3 000 € / an*		Plafond 3 000 € / an*	
Chirurgie, Médecine, Maternité										
Maison de Repos, Convalescence, Rééducation, Psychiatrie*	30 € / jour		50 € / jour		70 € / jour		90 € / jour		150 € / jour	
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans inscrit à la mutuelle)										
TRANSPORT										
Transport remboursé par le Régime Obligatoire	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
MATERNITE										
Allocation naissance ou adoption (Allocation versée à l'adhésion de l'enfant)	-		170 € / enfant		200 € / enfant		300 € / enfant		400 € / enfant	
CURE THERMALE remboursée par le Régime Obligatoire										
Séjour et soins	70 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Forfait annuel	-		170 €		220 €		300 €		400 €	
Transport (si accord du Régime Obligatoire)	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
AUTRES FRAIS MEDICAUX										
Pharmacie 65%	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Pharmacie 30%	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Pharmacie 15%	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR	
Pharmacie non remboursable sur prescription médicale (forfait annuel)	20 €		30 €		60 €		90 €		150 €	
Auxiliaires Médicaux (soins infirmiers, kinés, pédicure ...)	100 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR		400 % BR	
Analyses de Laboratoire	100 % BR		150 % BR		200 % BR		300 % BR		400 % BR	
Médecine douce (Homéopathie, Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Etiopathie, Sophrologie, Diététique, Psychomotricité, Pédiacurie, Psychologie)	20 € - 2 séances / an		40 € - 2 séances / an		40 € - 3 séances / an		60 € - 4 séances / an		80 € - 5 séances / an	
APPAREILLAGE (Petit et grand appareillage, Prothèse auditive, Orthopédie)										
Prothèses auditives - par appareillage - 2 appareils tous les 3 ans	100 % BR + 150 €		100 % BR + 170 €		100 % BR + 220 €		100 % BR + 380 €		100 % BR + 400 €	
Autres appareillages (orthopédie, petit et grand appareillage) (forfait annuel)	100 % BR + 150 €		100 % BR + 170 €		100 % BR + 220 €		100 % BR + 380 €		100 % BR + 400 €	

La condition pour être mieux remboursé : être suivi par un praticien ayant signé une Option Pratique Tarifaire Maîtrisée.
Pour savoir si votre praticien adhère au dispositif OPTAM ou CAS (Contrat d'Accès aux Soins), il suffit de consulter le site : <http://ameli-direct.ameli.fr>

OPTIQUE	LABEL A ANCIENS AGENTS - 2L35		LABEL B ANCIENS AGENTS - 2L36		LABEL C ANCIENS AGENTS - 2L37		LABEL D ANCIENS AGENTS - 2L38		LABEL E ANCIENS AGENTS - 2L359		
	ADULTE	ENFANT (- 18 ans)	ADULTE	ENFANT (- 18 ans)	ADULTE	ENFANT (- 18 ans)	ADULTE	ENFANT (- 18 ans)	ADULTE	ENFANT (- 18 ans)	
	TOUS LES 2 ANS SAUF CHANGEMENT DE CORRECTION (4)		PAR AN		TOUS LES 2 ANS SAUF CHANGEMENT DE CORRECTION (4)		PAR AN		TOUS LES 2 ANS SAUF CHANGEMENT DE CORRECTION (4)		PAR AN
Verres et monture limités à 1 équipement (1 monture et 2 verres)	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR
Équipement avec verres simples	130 €	130 €	170 €	140 €	230 €	220 €	340 €	250 €	420 €	300 €	
Équipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe	165 €	165 €	195 €	180 €	245 €	230 €	400 €	275 €	490 €	325 €	
Équipement avec 1 verre simple et 1 verre hypercomplexe	175 €	165 €	205 €	180 €	255 €	230 €	410 €	275 €	500 €	325 €	
Équipement avec verres complexes	200 €	200 €	220 €	220 €	260 €	240 €	460 €	300 €	560 €	350 €	
Équipement avec 1 verre complexe et 1 verre hypercomplexe	210 €	200 €	230 €	220 €	270 €	240 €	470 €	300 €	570 €	350 €	
Équipement avec verres hypercomplexes	220 €	200 €	240 €	220 €	280 €	240 €	480 €	300 €	580 €	350 €	
dont maximum pour la monture	100 € / monture	100 € / monture	100 € / monture	100 € / monture	100 € / monture	100 € / monture	120 € / monture	120 € / monture	150 € / monture	150 € / monture	
Complément Optique	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	60 % BR	
Forfait lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire (Forfait annuel)	65 €	65 €	85 €	85 €	115 €	115 €	170 €	170 €	210 €	210 €	
Opérations des yeux non prises en charge par le Régime Obligatoire (Forfait annuel par œil)	200 €	200 €	200 €	200 €	400 €	400 €	600 €	600 €	800 €	800 €	
DENTAIRE	REMBOURSE PAR LE RO	NON REMBOURSE PAR LE RO	REMBOURSE PAR LE RO	NON REMBOURSE PAR LE RO	REMBOURSE PAR LE RO	NON REMBOURSE PAR LE RO	REMBOURSE PAR LE RO	NON REMBOURSE PAR LE RO	REMBOURSE PAR LE RO	NON REMBOURSE PAR LE RO	
Soins*	100 % BR	-	100 % BR	-	100 % BR	-	150 % BR	-	300 % BR	-	
Inlay - Onlay	100 % BR	-	100 % BR	-	100 % BR	-	150 % BR	-	300 % BR	-	
Parodontologie	100 % BR	-	100 % BR	100 € / an	100 % BR	200 € / an	150 % BR	300 € / an	300 € / an	400 € / an	
Implants (2 implants par an)	200 % BR	-	250 % BR	100 € / implant	300 % BR	200 € / implant	400 % BR	400 € / implant	500 % BR	600 € / implant	
Plafond dentaire : 3000 € / an - Lorsque le plafond est atteint, le remboursement est limité au Ticket Modérateur (3)											
Prothèses (2)	200 % BR	100 % BR	250 % BR	250 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR	
Orthodontie	200 % BR	100 % BR	280 % BR	180 % BR	330 % BR	230 % BR	400 % BR	400 % BR	500 % BR	500 % BR	
* Les actes effectués par les stomatologues sont remboursés selon le poste de la rubrique "Honoraires réalisés en Ville ou à l'Hôpital"											
PREVENTION											
Prestations de prévention prises en charge par le Régime Obligatoire	100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		100 % BR		
Autres prestations de prévention non prises en charge par le Régime Obligatoire											
Ostéodensitométrie (Forfait annuel)	40 €		40 €		40 €		40 €		40 €		
Vaccins anti-grippe (Forfait annuel)	10 €		10 €		10 €		10 €		10 €		
Vaccins (Forfait annuel)	15 €		15 €		15 €		15 €		15 €		
Sevrage tabagique (Forfait annuel)	60 €		60 €		60 €		60 €		60 €		

selon conditions et cotations fixées R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, modifié par décret N° 2015-1865 du 30 décembre 2015- art.10

(1) Les remboursements sont exprimés par référence aux tarifs servant de base aux remboursements du Régime Obligatoire à législation constante au 31.10. de l'année N-1 et dans la limite des dépenses engagées. Les remboursements de la Mutuelle respectent le cahier des charges du "Contrat Responsable" (Art L 871-1 du code de la Sécurité Sociale, modifié par la loi N°2016-41 du 26 janvier 2016 art.83 qui entre en vigueur au 1er janvier 2017). Toutefois, hors du parcours de soins, la Mutuelle ne prendra en charge aucun dépassement d'honoraires, ni la majoration de participation appliquée par le R.O. aux actes et prescriptions, ni la majoration d'honoraires et actes externes réalisés par les praticiens hospitaliers. La Mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale portant sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports sanitaires.

Les actes hors nomenclature et la participation forfaitaire instaurée par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 définie à l'Article L322-2 du code de la Sécurité Sociale, ainsi que les franchises médicales instaurées par la loi de financement de la Sécurité Sociale en 2008, ne sont pas pris en charge par la Mutuelle. En cas de pluralité d'assureurs, les dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 13 août 1990 s'appliquent.

(2) Prothèses inscrites à la nomenclature du Régime Obligatoire.

(3) Le calcul s'effectue de date à date à compter de la date d'adhésion dans l'option de la garantie.

(4) Le délai de 2 ans (1 an en cas de changement de correction) est calculé de date à date à compter de la date d'achat du dernier équipement (ou de la première composante du dernier équipement en cas d'équipement partiel)

Lexique : RO : Régime Obligatoire BR : Base de Remboursement TM : Ticket Modérateur FR : Frais réels

ASSISTANCE A DOMICILE 24h/24 et 7 jours/7 - Produit Assistance ☎ 0810 811 013

ASSISTANCE PREJUDIS 24h/24 et 7 jours/7 - Produit Assistance Protection Juridique ☎ 0810 811 013

PREVIFIL - Produit Previfil ☎ 0810 811 013

Le journal d'information d'AVENIR SANTÉ MUTUELLE

Nos équipes sont à votre écoute

0 800 501 918  www.avenirsantemutuelle.fr



Bénéficiez avec le réseau KALIVIA, de tarifs préférentiels en Optique et Audio prothèses www.kalivia-sante.fr