

Garantie CN36
Garantie responsable

	Régime obligatoire	ADRÉA Mutuelle	REMBOURSEMENT TOTAL	Remarques
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	80% B.R.	100% B.R.	180% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	80% B.R.	120% B.R.	200% B.R.	
Participation assuré	Néant	F.R.	F.R.	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Forfait journalier hospitalier	Néant	F.R.	F.R.	
Chambre particulière avec nuitée	Néant	2% P.M.S.S. / jour	2% P.M.S.S. / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Chirurgie et Maternité. Durée limitée à : - 30 jours par séjour en Médecine - 60 jours par séjour en Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...). - 30 jours par année civile en Psychiatrie.
Frais d'accompagnant	Néant	2% P.M.S.S. / jour	2% P.M.S.S. / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.
Transports prescrits remboursés par le R.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
SOINS MÉDICAUX COURANTS				
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Consultations, visites des médecins généralistes	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Consultations, visites des médecins généralistes, Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	80% B.R. ou 50% B.R.	120% B.R.	
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Consultations, visites des médecins spécialistes	70% B.R.	80% B.R.	150% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Consultations, visites des médecins spécialistes	70% B.R.	100% B.R.	170% B.R.	
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	70% B.R.	50% B.R.	120% B.R.	
<u>Praticiens n'ayant pas signé le CAS</u> Actes d'imagerie (Radiographie, scanner, IRM, ...) - Échographie ou doppler	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.	
<u>Autres praticiens</u> Actes d'imagerie (Radiographie, scanner, IRM, ...) - Échographie ou doppler	70% B.R.	50% B.R.	120% B.R.	
Participation assuré	Néant	F.R.	F.R.	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Examens de biologie médicale	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Acupuncteurs, auriculothérapeutes, chiropracteurs, cryothérapie, diététiciens, homéopathes, naturopathes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, phytothérapeutes, podologues, psychologues, sexologues, sophrologues, étioopathes	Néant	80 €	80 €	Forfait par année civile. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADEL.
Cures thermales remboursées par le R.O. : soins, transport, hébergement	65% B.R.	35% B.R. + 296 €	100% B.R. + 296 €	Forfait par année civile pour le transport et l'hébergement non remboursés par le R.O., versé sur présentation de justificatifs de dépenses.

Garantie CN36
Garantie responsable

	Régime obligatoire	ADRÉA Mutuelle	REMBOURSEMENT TOTAL	Remarques
PHARMACIE				
Pharmacie à 65%	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.	
Pharmacie à 30%	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.	
Pharmacie à 15%	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.	
OPTIQUE				
Limité à :				
- 1 monture et 2 verres sur 2 ans (De date à date) pour les adultes (Plus de 18 ans : âge apprécié à la date des soins) sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an (De date à date).				
- 1 monture et 2 verres sur 1 an (De date à date) pour les enfants (Moins de 18 ans : âge apprécié à la date des soins).				
La période de référence porte sur les mois précédant l'acquisition du nouvel équipement.				
Monture adulte	60% B.R.	143 €	60% B.R. + 143 €	Forfait par monture. À partir de 18 ans (Âge apprécié à la date des soins).
Verres simples (Uni-focaux faible et moyenne correction) adulte	60% B.R.	95 €	60% B.R. + 95 €	Forfait par verre. À partir de 18 ans (Âge apprécié à la date des soins). Verres uni-focaux faible et moyenne correction : codes LPP : 2203240, 2287916, 2259966, 2262412.
Verres complexes (Uni-focaux forte correction et progressifs hors hyper complexe) adulte	60% B.R.	200 €	60% B.R. + 200 €	Forfait par verre. À partir de 18 ans (Âge apprécié à la date des soins). Verres uni-focaux forte correction : codes LPP : 2282793, 2280660, 2263459, 2265330, 2235776, 2295896, 2284527, 2254868, 2212976, 2252668, 2288519, 2299523. Verres progressifs hors hyper complexes : codes LPP : 2290396, 2291183, 2227038, 2299180.
Verres hyper complexes (Progressifs forte correction) adulte	60% B.R.	230 €	60% B.R. + 230 €	Forfait par verre. À partir de 18 ans (Âge apprécié à la date des soins). Verres progressifs forte correction : codes LPP : 2245384, 2295198, 2202239, 2252042.
Monture enfant	60% B.R.	80 €	60% B.R. + 80 €	Forfait par monture. Moins de 18 ans (Âge apprécié à la date des soins)
Verres simples (Uni-focaux faible et moyenne correction) enfant	60% B.R.	80 €	60% B.R. + 80 €	Forfait par verre. Moins de 18 ans (Âge apprécié à la date des soins). Verres uni-focaux faible et moyenne correction : codes LPP : 2261874, 2242457, 2200393, 2270413.
Verres complexes (Uni-focaux forte correction et progressifs) enfant	60% B.R.	100 €	60% B.R. + 100 €	Forfait par verre. Moins de 18 ans (Âge apprécié à la date des soins). Verres uni-focaux forte correction : codes LPP : 2243540, 2297441, 2243304, 2291088, 2273854, 2248320, 2283953, 2219381, 2238941, 2268385, 2245036, 2206800. Verres progressifs : codes LPP : 2259245, 2264045, 2238792, 2202452, 2240671, 2282221, 2234239, 2259660.
Autres prestations sur verres remboursées par le R.O. : prismes et filtres	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.	
Lentilles prescrites remboursées par le R.O.	60% B.R.	40% B.R. + 150 €	100% B.R. + 150 €	Forfait par année civile.
Lentilles prescrites non remboursées par le R.O. et produits d'entretien	Néant	200 €	200 €	Forfait par année civile.
DENTAIRE				
Seuls les actes répertoriés à la CCAM peuvent faire l'objet d'un remboursement de la mutuelle				
Consultations, soins, radiographies	70% B.R.	80% B.R.	150% B.R.	
Prothèses dentaires remboursées par le R.O.	70% B.R.	350% B.R.	420% B.R.	
Inlay core	70% B.R.	30% B.R. + 200 €	100% B.R. + 200 €	Forfait par dent.
Orthodontie remboursée par le R.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	180% B.R. ou 150% B.R.	250% B.R.	
PROTHÈSES, ACOUSTIQUE, APPAREILLAGE				
Appareillage, orthopédie Prothèses capillaires (Suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (Suite mastectomie, cancer du sein)	60% B.R.	40% B.R. + 13% P.M.S.S.	100% B.R. + 13% P.M.S.S.	Forfait par année civile.
Prothèses auditives	60% B.R.	40% B.R. + 30% P.M.S.S.	100% B.R. + 30% P.M.S.S.	Achat, entretien et réparation. Forfait par année civile, par oreille.
MATERNITÉ				
Frais de maternité	Néant	12% P.M.S.S.	12% P.M.S.S.	Prise en charge de la chambre particulière et des dépassements d'honoraires sur justificatifs de dépenses.
ADRÉA Assistance : voir notice d'informations.				
Priorité Santé Mutualiste (PSM) dans le cadre des services associés à la garantie.				
Actes de prévention prévus dans le cadre de la garantie responsable.				

B.R. = Base de Remboursement (Tarif officiel Assurance Maladie) F.R. = Frais Réels R.O. = Régime Obligatoire
P.M.S.S. = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (À titre indicatif : 3170 € au 01/01/2015)
CAS = Contrat d'Accès aux Soins

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général en vigueur au 02/05/2011.
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (En cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.