

HOSPITALISATION EN ETABLISSEMENT CONVENTIONNÉ ⁽¹⁾	BASE	OPTION 1
Frais de séjour	225 %	300 %
Actes chirurgicaux, d'anesthésie, et d'obstétrique - OPTAM / OPTAM-CO**	250 %	300 %
Actes chirurgicaux, d'anesthésie, et d'obstétriques - Hors OPTAM / OPTAM -CO**	130 %	200 %
Forfait journalier hospitalier	Frais Réels	Frais Réels
Forfait Participation Assuré	Frais Réels	Frais Réels
Chambre Particulière de jour	75 €	90 €
Lit Personne accompagnante - par nuitée (enfants de moins de 16 ans ou adultes de plus de 75 ans: 30 jours) - autres cas 2 jours	50 €	70 €
Allocation maternité ou adoption***	350 €	450 €
KALIXIA Hospit - Aide au choix d'un établissement hospitalier offrant la meilleure qualité de soin	Oui	Oui
SOINS COURANTS		
Consultations, visites de généralistes et de spécialistes - OPTAM / OPTAM -CO**	200 %	250 %
Consultations, visites de généralistes et de spécialistes Hors OPTAM / OPTAM-CO**	130 %	200 %
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, Orthophonistes ...)	100 %	100 %
Actes d'imagerie médicale (Radiologie - Echographie) - OPTAM/OPTAM-CO**	150 %	200 %
Actes d'imagerie médicale (Radiologie - Echographie) - Hors OPTAM/OPTAM-CO**	100 %	150 %
Actes techniques médicaux - OPTAM/OPTAM CO**	200 %	250 %
Actes techniques médicaux - Hors OPTAM/OPTAM CO**	130 %	200 %
Examens de laboratoire	100 %	100 %
Médicaments (remboursés par le Régime Obligatoire)	100 %	100 %
Soins à l'étranger	100 %	100 %
Transport	115 %	150 %
Consultation Psychologue dans le cadre du dispositif « Mon Psy » ⁽⁵⁾	Oui	Oui
ORTHOPEDIE, APPAREILLAGE ET ACCESSOIRES MEDICAUX		
Orthopédie, appareillages et accessoires remboursés par le régime obligatoire	100 %	200 %
Consultation et soins dentaires	125 %	200 %
Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire	200 %	300 %
Orthodontie non remboursée par le Régime Obligatoire (par semestre)	100 €	250 €
Inlays-onlays	100 %	200 %
Panier 100 % santé*		
Actes prothétiques 100% santé	Frais réels	Frais réels
Actes Prothétiques Panier Modéré ou libre		
Prothèses dentaires, Inlays-cores et réparations	200 %	300 %
Parodontologie non remboursée par le régime obligatoire	-	200 €
Implantologie non remboursée par le Régime obligatoire (3 par an et par bénéficiaire)	100 €	250 €
OPTIQUE ⁽³⁾		
Équipement 100 % santé *		
Un équipement : Une monture et 2 verres de Classe A	Frais réels	Frais réels
Équipement optique de Classe B		
Monture	100 €	100 €
Verre simple	90 €	130 €
Verre complexe	120 €	160 €
Verre très complexe	130 €	170 €
KALIXIA Optique - Avantage tarifaire sur les verres, montures chez nos professionnels partenaires	Oui	Oui
Lentilles correctrices remboursées par le Régime Obligatoire y compris jetables	100% + 200 €	100% + 270 €
Lentilles correctrices non remboursées par le Régime Obligatoire y compris jetables	80 €	150 €
KALIXIA Lentilles - Réduction tarifaire sur les commandes en ligne de lentilles et produits d'entretien	Oui	Oui
Chirurgie réfractrice de l'œil - Myopie, Hypermétropie, Presbytie	-	350 €
AIDES AUDITIVES		
Équipement 100 % santé *		
Prothèses auditives - Appareil de Classe 1	Frais réels	Frais réels
Équipement Hors 100% Santé		
Prothèses auditives - Appareil de Classe 2	150 %	250 %
Petits accessoires auditifs (piles...)	150 %	250 %
KALIXIA Audio - Avantage tarifaire sur les aides auditives chez nos professionnels partenaires	Oui	Oui
CURES THERMALES		
Honoraires / Soins	100 %	100 %
Cures thermales Transport et hébergement	-	250 €
MÉDECINES DOUCES ET PRÉVENTION		
Ostéopathes, Chiropracteurs, Etiopathes, Pédicures, Podologues, Homéopathes, Acupuncteurs, Psychologues, diététique	110 €	200 €
KALIXIA Ostéo - Tarifs plafonnés chez nos ostéopathes partenaires	Oui	Oui
ACTES ET EXAMENS DE PRÉVENTION		

Actes de prévention au sens des dispositions fixées par le décret n° 2005-	100 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire	-	50 €
Sevrage tabagique	65 €	100 €
Vaccins prescrits et non remboursés par le Régime Obligatoire	20 €	80 €
MUTUELLE ASSISTANCE – FOND DE SECOURS – TIERS PAYANTS	OUI	OUI

Cotisations

Cotisations Mensuelles TTC	BASE	OPTION 1
Salarié	56.07 €	68.52 €
Famille	134.56 €	164.44 €

La Base: est offerte pour le salarié isolé
coûte 78.49€ par mois pour la famille (134.56€ - 56.07€)

L'option1: coûte 12.45€ par mois pour le salarié isolé (68.52€ - 56.07€)
coûte 109.37€ par mois pour la famille (164.44€ - 56.07€)

Les sommes sont prélevées directement sur le compte bancaire du salarié

VOTRE NOUVEAU RÉSEAU DE SOINS

MOINS DE DÉPENSES, PLUS DE SÉRÉNITÉ !



Almutra vous présente votre **nouveau réflexe santé**, vous donnant accès à un vaste réseau de professionnels partenaires, à des équipements performants et à des prestations de qualité à tarifs préférentiels sur l'ensemble du territoire.

VOS AVANTAGES *Optique*

- ↳ Des offres Eco et Platinum pour des équipements à un tarif très maîtrisé pouvant aller jusqu'au reste à charge nul.
- ↳ -20 % minimum sur les montures, jusqu'à -40% sur les verres et -30 % sur les lentilles et les produits d'entretien.

VOS AVANTAGES *Hospit*

- ↳ Un service conçu pour vous accompagner tout au long de votre parcours hospitalier et vous aider à choisir l'établissement le plus adapté à vos besoins.

VOS AVANTAGES *Audio*

- ↳ Tarifs préférentiels et reste à charge modéré.
- ↳ - 20% sur les accessoires.
- ↳ Un kit d'entretien fourni pour 6 mois et un accompagnement personnalisé.

VOS AVANTAGES *Ostéo*

- ↳ Tarifs préférentiels et reste à charge modéré.
- ↳ Respect d'une charte qualité exigeante.



Consultez votre espace adhérent pour connaître les professionnels Kalixia proches de chez vous. Votre carte de tiers payant vous permettra de bénéficier du tiers payant chez les professionnels de santé partenaires.

BR : Base de remboursement de la sécurité sociale

Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Les pourcentages ou montants de remboursements indiqués incluent le régime obligatoire. Le paiement des prestations est déclenché par le paiement de la Sécurité sociale.

Les garanties sont conformes à la législation en vigueur sur les contrats responsables et permettent de bénéficier d'aides fiscales et sociales.

Elles seront automatiquement adoptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliqués par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires

* Tels que définis réglementairement

Le panier 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certaines prestations au niveau des postes: dentaire, optique et audiology. La Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement du Régime Obligatoire.

Le montant des prestations est exprimé en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) inclus, sauf les forfaits exprimés en euros dans la limite des frais engagés.

Les remboursements exprimés en BRSS, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO). Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

** Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-Co)

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

*** Allocation maternité

Le versement de l'allocation maternité ou d'adoption est subordonné à l'adhésion de l'enfant à la date de naissance ou d'adoption. L'adhésion se fera sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption. En cas de naissance ou d'adoption multiple, l'allocation est doublée.

① Hospitalisation :

Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY) d'établissement conventionnés.

Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitaliers conventionnés. **En établissement non conventionné, la prise en charge est limitée au remboursement du ticket modérateur (TM).**

Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.

Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée

La chambre particulière par nuitée est prise en charge de manière illimitée à partir d'une nuit d'hospitalisation uniquement pour une maladie, obstétrique, chirurgie, (Hors chirurgie esthétique). La chambre particulière pour les séjours en psychiatrie, rééducation et convalescence est limitée à 60 nuitées par an.

La chambre particulière par journée correspond à une chambre en chirurgie et/ou anesthésie avec admission et sortie le même jour (ambulatoire). La prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond et du nombre de jours indiqués.

La chambre particulière n'est pas prise en charge dans les secteurs non mentionnés.

Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.

② Dentaire :

Les soins et prothèses 100% santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.

Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.

③ Optique :

Le forfait équipement optique s'entend port AMO et ticket modérateur inclus

On entend par :

"Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries."

"Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère es comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère es positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries."

"Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

Conditions de renouvellement de l'équipement :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les personnes âgées de 16 ans et plus ;

- par période d'un an pour les personnes de moins de 16 ans ;

- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 100€.

Par dérogation, les périodes visées ci-dessus sont réduites dans les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et notamment :

- la période de deux ans qui s'applique aux personnes de 16 ans et plus est réduite à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et une monture) en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2 du chapitre 2 du titre II de la LPP ;

- la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ;

- dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

- L'équipement 100% Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B ou inversement.

- Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée

- Pour les lentilles jetables remboursées par la sécurité sociale : Au minimum remboursement du ticket modérateur.

④ Auditif :

Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L.165-1. Du code de la Sécurité sociale. Appareil de Classe 2 dans la limite de 1700€ par oreille à équiper sous déduction des remboursements de la Sécurité Sociale

Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir, sur prescription médicale, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;

- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré. Cette condition fait l'objet d'une attestation du prescripteur dont copie est transmise à la caisse d'assurance maladie.

Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives sont remboursées dans la limite de 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les appareils hors 100% santé.

④ Dispositif « Mon Psy » : Sur orientation d'un médecin, il s'agit d'un accompagnement par un psychologue partenaire. Le remboursement des séances est assuré par l'Assurance Maladie avec la participation des organismes complémentaires, jusqu'à 8 séances par année civile. Mon Psy est un dispositif accessible dès l'âge de 3 ans.