

Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats responsables et les décrets pris pour son application (notamment le décret 2019-21 du 11/01/2019 modifiant l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale). Elles sont également conformes aux exigences posées par l'article L911-7 du Code de la Sécurité sociale relatif à la couverture minimale obligatoire dite Panier de soins.

**LE REMBOURSEMENT TOTAL (Sécurité sociale + mutuelle(s)) EST LIMITE AUX FRAIS REELS ENGAGES.**

Les remboursements sont exprimés en complément de ceux de la Sécurité sociale. Les options MIP PLUS et MIP PLUS/2 s'ajoutent aux prestations de MIP BASE.

		Remboursement Sécurité sociale	MIP BASE	MIP PLUS/2	MIP PLUS
<b>SOINS COURANTS</b>					
<b>Honoraires médicaux</b>					
Consultations, visites : Généralistes, Spécialistes	DPTM	70 ou 100% BR	30% BR	30% BR	60% BR
	HORS DPTM	70 ou 100% BR	30% BR	10% BR	40% BR
Consultations, visites : Professeurs	DPTM	70 ou 100% BR	80% BR	30% BR	60% BR
	HORS DPTM	70 ou 100% BR	60% BR	30% BR	60% BR
Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM	70% BR	30% BR	30% BR	60% BR
	HORS DPTM	70% BR	30% BR	10% BR	40% BR
Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA)	DPTM	70% BR	50% BR	130% BR	260% BR
	HORS DPTM	70% BR	30% BR	50% BR	100% BR
Imagerie médicale : actes d'imagerie (ADI), actes d'échographie (ADE)	DPTM	70% BR	30% BR	30% BR	60% BR
	HORS DPTM	70% BR	30% BR	10% BR	40% BR
Ostéodensitométrie non remboursée		-	30% FR	10% FR	30% FR
<b>Honoraires paramédicaux</b>					
- Auxiliaires médicaux		60% BR	40% BR	30% BR	60% BR
- Podologie (actes POD et AMP)		60% BR	TM+80 €/an	40 €/an	80 €/an
<b>Analyses médicales et examens de laboratoires :</b>					
- remboursés par la Sécurité sociale		60% BR	40% BR	30% BR	60% BR
- non remboursés par la Sécurité sociale		-	-	30% FR	60% FR
<b>Médicaments :</b>					
- remboursés par la Sécurité sociale		15%/30%/65% TFR	85%/70%/35% TFR	-	-
- non remboursés par la Sécurité sociale, sur prescription médicale et figurant au VIDAL ( <i>uniquement pour les bénéficiaires de moins de 10 ans</i> )		-	20 €/an	20 €/an	40 €/an
<b>Matériel médical</b> : Liste des Produits et des Prestations Remboursables (LPPR)		60 ou 100% BR	70% ou 30% BR (mini 4,5%PMSS)	50% BR	100% BR
<b>PREVENTION</b>					
Les prestations de prévention figurant dans la liste publiée au Journal officiel du 18 juin 2006 sont remboursées dans les conditions de prise en charge de la présente garantie et au minimum à hauteur de 100% du Ticket Modérateur					
Vaccins prescrits (non pris en charge par la Sécurité sociale)		-	65 €/an	35 €/an	65 €/an
Les substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale sont désormais pris en charge à hauteur de 65% par l'Assurance Maladie et figurent alors dans le poste Médicaments de la présente grille.					
Frais de santé "non remboursés" Hors Nomenclature :					
- ostéopathie, étiopathie, héliothérapie, kinésithérapie, acupuncture dès lors qu'ils sont dispensés par des professionnels de santé (médecins) au sens du code de la Santé Publique.		-	100 €/an	70 €/an	140 €/an
- chiropractie, psychologue		-	30 €/an	35 €/an	70 €/an
<b>DENTAIRE - Limite et Plafonds au report (1)</b>					
<b>Soins et prothèses « 100% santé »*</b>		70% BR	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	-	-
<b>Soins et prothèses « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres »</b>		70% BR	Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous, dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé		
<b>Soins</b>					
Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	DPTM	70% BR	30% BR	30% BR	60% BR
	HORS DPTM	70% BR	30% BR	10% BR	40% BR
Inlay-Onlay remboursé - <i>limité à 3 actes par an</i>	DPTM	70% BR	30% BR	250% BR	500% BR
	HORS DPTM	70% BR	30% BR	50% BR	100% BR
<b>Prothèses</b>					
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale - sauf intermédiaire de bridge		70% BR	170% BR	100% BR	200% BR
Intermédiaire de bridge			150 €/an	90 €/an	180 €/an
Inlay-core remboursé - <i>limité à 3 actes par an</i>		70% BR	65% BR	60%BR	120%BR
Prothèse et Travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (2)		-	80 €/an	80 €/an	160 €/an
<b>Implantologie :</b>					
- racine - <i>limité à 2 actes tous les 2 ans</i>		-	250 €	50 €	100 €
- pilier implantaire, travaux implantaires (2)		-	80 €/an	80 €/an	160 €/an
- couronne sur implant		70% BR	170% BR	100% BR	200% BR
<b>Orthodontie :</b>					
- remboursée par la Sécurité sociale		100% BR	120% BR	90% BR	180% BR
- non remboursée par la Sécurité sociale		-	150% BRR	25% BRR	50% BRR
<b>AIDES AUDITIVES</b>					
<b>Appareil auditif</b> remboursé par la Sécurité sociale		60 ou 100% BR	260% ou 220% BR (mini 2,8%PMSS)	110% BR	220% BR
Le poste Aides auditives sera concerné par la réforme du 100% santé à compter du 1er janvier 2021 avec la distinction entre la Classe I (offre 100% santé) et la Classe II (offre à tarifs libres).					
<b>OPTIQUE (3)</b>					
<b>Équipement « 100% santé » (verres et monture de classe A)*</b>		60% BR	Prise en charge intégrale dans la limite du PLV	-	-

<b>Équipement à tarifs libres (verres et monture de classe B)</b>	60% BR	LES FORFAITS S'ENTENDENT Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE		
---	--------	--	--	--

L'équipement est composé d'une monture (max 100€) - hors montures solaires - et :

→ 2 verres simples ou 1 verre simple et 1 verre complexe	60% BR	125 €	65 €	130 €
<b>Si pas de remboursement depuis 3 ans</b>	60% BR	<b>145 €</b>	<b>75 €</b>	<b>150 €</b>
→ toute autre combinaison de verres	60% BR	200 €	125 €	250 €
<b>Si pas de remboursement depuis 3 ans</b>	60% BR	<b>220 €</b>	<b>142,50 €</b>	<b>285 €</b>

**Équipement mixte (panachage verres / monture de classe A ou B)** 60% BR  
Prise en charge selon les forfaits définis ci-dessus comprenant une prise en charge intégrale à hauteur des PLV pour la partie relevant de la classe A

<b>Lentilles :</b>				
- remboursées par la Sécurité sociale	60% BR	125 €/an	75 €/an	150 €/an
- non remboursées par la Sécurité sociale	-	85 €/an	65 €/an	130 €/an
<b>Chirurgie réfractive</b> non remboursée par la Sécurité sociale (ex Kératotomie)	-	125 €/œil	175 €/œil	350 €/œil

**HOSPITALISATION**

**Forfait journalier hospitalier** - 100% - - -

**Honoraires :**

→ Médecine / Chirurgie / Maternité

- Honoraires	DPTM	80% BR	20% BR	-	-
	HORS DPTM	80% BR	20% BR	-	-
- Imagerie médicale : Actes d'Imagerie (ADI) et Actes d'Échographie (ADE)	DPTM	80% BR	20% BR	30% BR	60% BR
	HORS DPTM	80% BR	20% BR	10% BR	40% BR
- Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM	80% ou 100% BR	65% BR	160% BR	320% BR
	HORS DPTM	80% ou 100% BR	45% BR	37,50% BR	75% BR
- Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA)	DPTM	80% ou 100% BR	65% BR	130% BR	260% BR
	HORS DPTM	80% ou 100% BR	45% BR	37,50% BR	75% BR
→ Soins de suite et réadaptation (SSR)		80% BR	20% BR	-	-

**Frais de séjour (4)** 80% BR 20% BR - -

**Chambre particulière :**

→ Médecine / Chirurgie / Maternité

- Chirurgie	-	130 €/jour	15 €/jour	30 €/jour
- Médecine ou Maternité	-	70 €/jour	10 €/jour	20 €/jour

→ Soins de suite et réadaptation (SSR)

		65 €/jour	32,50 €/jour	65 €/jour
- Rééducation	-	Limité à 30 jours	A compter du 31 <sup>ème</sup> jour et pendant 45 jours	A compter du 31 <sup>ème</sup> jour et pendant 45 jours

- Convalescence (suite à hospitalisation)	-	65 €/jour Limité à 30 jours	15 €/jour Limité à 75 jours	30 €/jour Limité à 75 jours
---	---	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

- Convalescence (sans hospitalisation préalable)	-	-	15 €/jour Limité à 75 jours	30 €/jour Limité à 75 jours
--	---	---	--------------------------------	--------------------------------

**Forfait ambulatoire, limité à 3 / an** - 10 € / forfait 10 € / forfait 20 € / forfait

**Frais d'accompagnant** en milieu hospitalier ou foyer "accueil famille" (4) - 70 €/jour 30% RAC 60% RAC

**CURES THERMALES** remboursées par la Sécurité sociale

Surveillance médicale	70% BR	30% BR	-	-
Frais d'établissement thermal	65% BR	35% BR	-	-
Transport	65% BR	-	-	-
Hébergement (joindre la facture d'hébergement)	65% BR	150,00 €	55,00 €	110,00 €

**DIVERS**

Transport remboursé par la Sécurité sociale	65% BR	35% BR	-	-
Forfait actes « lourds »	-	Pris en charge	-	-
Participation frais médicaux suite à adoption (6) (7)	-	15% PMSS	-	-
Participation frais d'obsèques (5) (6) (7)	-	-	700 €	1 400 €

\* Tels que définis réglementairement.

Les actes médicaux tels qu'ils sont définis par la grille sont ceux référencés par la Sécurité sociale dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ainsi que les actes considérés comme Hors Nomenclature (HN) dans la NGAP pour les postes expressément prévus par la grille.

Les prestations Hors DPTM sont exprimées dans le respect des limites du contrat responsable.

La notion DPTM sur le poste dentaire fait référence aux médecins stomatologues.

**1 - Plafonds de Remboursements :** Plafonds appliqués au cumul des prestations versées par année civile et par bénéficiaire (en euros) - **Hors obligations minimales de prise en charge.**

	MIP BASE	MIP PLUS/2	MIP PLUS
Consultations, soins et actes dentaires remboursés y compris Inlay-Onlay	-	<b>765,00 €</b>	<b>1 530,00 €</b>
Parodontologie remboursée	-	<b>765,00 €</b>	<b>1 530,00 €</b>
Prothèse dentaire remboursée y compris couronne sur implant	<b>3 850,00 €</b>	<b>1 925,00 €</b>	<b>3 850,00 €</b>

**2 - Plafond annuel global cumulé limité à 80€ / an pour MIP BASE, 80€ / an pour MIP PLUS/2 et 160€ / an pour MIP PLUS - Actes codifiés à la CCAM uniquement.**

**3 - OPTIQUE : Limité à la prise en charge d'un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'Article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, pour les moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue ou en présence de certaines pathologies** (sur présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale).

**La limitation de 2 ans s'apprécie à compter de la date de délivrance du précédent équipement, c'est à dire la date de soins retenue par la Sécurité sociale sur ses décomptes.**

La prise en charge de deux équipements sur la période de 2 ans est possible pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin (deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits précités) et ceux présentant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique (deux équipements de corrections différentes à porter en alternance).

Les règles de couverture définies par les garanties et les contrats responsables s'appliquent à chacun des équipements considérés individuellement.

Les prestations sont versées dans le respect des minima et maxima définis par la réglementation.

Les suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction, appairage, filtre, autres suppléments) sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV pour les verres de classe A et à hauteur du ticket modérateur pour les verres de classe B et les verres de classe A lorsqu'il n'existe pas de PLV.

La majoration de prestation sous condition de non remboursement depuis 3 ans s'apprécie à compter de la date d'achat du précédent équipement.

Les montures solaires sont exclues des garanties.

Verre "simple" : verre a) du 3° de l'art R871-2 du code de la Sécurité sociale.

Verre "complexe" : verre c) du 3° de l'art R871-2 du code de la Sécurité sociale.

Verre "hyper complexe" : verre f) du 3° de l'art R871-2 du code de la Sécurité sociale.

#### 4 - Hospitalisation

La prestation **Séjour** dans le cadre d'une hospitalisation non conventionnée est complétée comme ceci (dans la mesure où l'établissement ne facture pas de chambre particulière) :

	MIP BASE	MIP PLUS/2	MIP PLUS
Hospitalisation non conventionnée chirurgicale	130,00 €/J	115,00 €/J	230,00 €/J
Hospitalisation non conventionnée médicale	70,00 €/J	115,00 €/J	230,00 €/J

**Frais d'accompagnant en milieu hospitalier ou foyer "accueil famille"** : si le malade est âgé de - de 14 ans ou de + de 70 ans ou enfants handicapés et uniquement sous réserve de nuitée.

#### 5 - Lorsque le décès n'ouvre pas droit à l'allocation décès de la Sécurité sociale ou de tout autre régime assimilé.

#### 6 - La participation "frais d'obsèques" et "frais médicaux suite à adoption" est couverte par le contrat collectif souscrit auprès de la MIP.

#### 7 - Dans la limite des frais réels et sur présentation des justificatifs.

Ce contrat est révisable et résiliable annuellement. La cotisation de la participation aux frais d'obsèques est incluse dans la cotisation globale de chaque garantie.

#### CAS PARTICULIERS

##### Régime Mines et Alsace-Moselle :

	MIP BASE	MIP PLUS/2	MIP PLUS
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale	240% BR	60% BR	120% BR

#### DELAIS DE CARENCE

Le droit aux prestations prend effet au terme des délais de carence ci-dessus, hors obligations minimales de prise en charge. Ces délais commencent à courir dès la date d'effet de l'adhésion, sauf exemptions statutaires.

	MIP BASE	MIP PLUS/2	MIP PLUS
Prothèse dentaire, Orthopédie, Prothèse auditive, Optique, Orthodontie, Cure thermique, Actes de Chirurgie dentaire	<b>6 mois</b>	<b>6 mois</b>	<b>6 mois</b>
Chambre particulière SSR et Convalescence	<b>3 mois</b>	<b>3 mois</b>	<b>3 mois</b>
Participation frais médicaux suite à adoption	<b>10 mois</b>	<b>10 mois</b>	<b>10 mois</b>
Participation frais d'obsèques	<b>néant</b>	<b>2 ans</b>	<b>2 ans</b>

**FR** : Frais Réels **BR(R)** : Base de Remboursement (Reconstituée) de la Sécurité sociale **TFR** : Tarif Forfaitaire de Responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003) **TM** : Ticket Modérateur, différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant qu'elle rembourse **TC** : Tarif de Convention de la Sécurité sociale **TA** : Tarif d'Autorité, sur la base duquel s'effectue le calcul du remboursement d'un acte médical dispensé par un médecin non conventionné **RAC** : Reste à charge : partie de la dépense restant à charge, après versement des prestations Sécurité sociale et/ou MIP **LPPR** : Liste des Produits et des Prestations Remboursables **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de l'évènement **DPTM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) **CAS** : Contrat d'accès aux soins **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée en Chirurgie Obstétrique **HLF** : Honoraires limites de facturation **PLV** : Prix limites de vente

Les prestations faisant référence aux DPTM visent aussi bien le CAS que l'OPTAM et l'OPTAM-CO (nouvelles options de pratique tarifaire maîtrisée mises en place à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et destinées à remplacer le CAS). Le CAS, l'OPTAM et l'OPTAM-CO sont donc désormais regroupés sous le terme général de Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou DPTM.

Les bases de remboursements et Tarifs de Convention de la Sécurité sociale sont consultables sur le site internet de l'Assurance maladie [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr), rubrique Assurés, onglet Remboursements.

#### Obligations minimales de prise en charge :

- Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article R871-2 1° du Code de la Sécurité sociale sont pris en charge par la Mutuelle dans les limites et plafonds définis par la grille, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur.
- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale sont pris en charge par la Mutuelle dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge pour les médecins adhérents à un DPTM minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable.
- Lorsque le contrat souscrit relève de la réglementation sur les contrats collectifs à adhésion obligatoire (article L911-7 du code de la Sécurité sociale), sont pris en charge par la Mutuelle dans les limites et plafonds définis par la grille :
  - les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article D911-1 1° du code de la Sécurité sociale (Panier de soins) sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ;
  - les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis au 3° du même article (frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale), sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale à hauteur de 125% de la Base de Remboursement Sécurité sociale.

Ne sont pas prises en charge par la Mutuelle, la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 €), les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés, les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 € / boîte de médicaments / acte d'auxiliaires médicaux, 2 € / transport).

Lexique

Réglementation

Divers



>> **www.mutuelles.biz** : Pour être informé de vos remboursements, consulter vos décomptes, rééditer votre carte de tiers payant ou celle de vos ayants droit ou encore visualiser vos garanties à tout moment, MIP met à disposition un espace privé propre à chaque adhérent sur [www.mutuelles.biz](http://www.mutuelles.biz). Vous y retrouvez le présent tableau de garanties ainsi que le règlement mutualiste auquel il se rapporte.

>> **Réalisation de devis en dentaire et optique, préalablement aux dépenses de santé**

>> **Action sociale, Assistance d'urgence MIP ASSISTEL, Accès aux centres de soins mutualistes.**

>> **Réseaux de soins Itélis.**