

## Vos garanties santé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016

Suite à la réforme des contrats responsables en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, et à la mise en place du Panier de soins dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé, nous vous adressons ci-dessous vos nouvelles garanties 2016 respectant les évolutions réglementaires.

Les taux et les remboursements forfaitaires incluent les remboursements de MIEL Mutuelle et, sauf pour l'optique, ceux de votre Régime Obligatoire (RO : Sécurité sociale, MSA...). Les plafonds intègrent uniquement les remboursements de MIEL Mutuelle. Les pourcentages de remboursement sont calculés sur la base des remboursements (BR) de votre Régime Obligatoire. Le versement des prestations est effectué sous réserve des conditions légales et réglementaires relatives au Contrat Responsable. Les dépassements d'honoraires hors parcours de soins ne sont pas pris en charge en secteurs 1 et 2. Le montant total du remboursement des prestations par le RO et vos organismes complémentaires ne peut excéder les frais réels (FR) engagés.

	Panier de soins	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4R
<b>MEDECINE COURANTE</b>					
Médecins liés à un Contrat d'Accès aux Soins (CAS) (Consultations et visites / actes techniques médicaux)	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR	180% BR
Médecins non liés au CAS * (Consultations et visites / actes techniques médicaux)	100% BR	100% BR	100% BR	130% BR	160% BR
Pharmacie	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments SMR majeur (65%)	100% BR				
Médicaments SMR modéré ou faible (30% et 15%)	Non				
Pharmacie non prise en charge par le RO (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Non	Non	Non	30 €	50 €
Analyses médicales	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR
Analyses et vaccins non pris en charge par le RO (joindre ordonnance)	Non	Non	70% FR	80% FR	90% FR
Médecins liés à un CAS - Radiologie (actes d'imagerie et d'échographie)	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR
Médecins non liés à un CAS * - Radiologie (actes d'imagerie et d'échographie)	100% BR	100% BR	180% BR	225% BR	225% BR
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO	Non	Non	70% FR	80% FR	90% FR
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie, pédicurie-podologie)	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR
<b>OPTIQUE</b>					
Un équipement optique tous les 2 ans (équipement : monture + 2 verres). Cette période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de souscription du bénéficiaire. Par dérogation, cette période est réduite à 1 an pour les enfants de - 18 ans et les changements de vue.					
Verre simple	40 € / verre	40 € / verre	55 € / verre	125 € / verre	155 € / verre
Verre complexe	90 € / verre	90 € / verre	90 € / verre	205 € / verre	225 € / verre
Verre très complexe	90 € / verre	90 € / verre	100 € / verre	225 € / verre	245 € / verre
Monture	20 €	20 €	30 €	70 €	100% BR + 100 €
Lentilles prises en charge par le RO (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100% BR	100% BR + 70 €	100% BR + 130 €	100% BR + 310 €	400 €
Lentilles non prises en charge par le RO (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Non	Non	130 €	310 €	400 €
Chirurgie de l'œil (forfait par œil)	Non	Non	65 €	155 €	200 €
<b>DENTAIRE</b>					
Soins dentaires	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR
Inlays / Onlays	100% BR	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR
Plafond global (sauf soins dentaires et Inlays/Onlays) (par année civile et par bénéficiaire) au-delà de 125%BR	Non	Non	1 440 €	1 710 €	1 890 €
Prothèse fixe métallique prise en charge par le RO	125% BR	170% BR	270% BR	320% BR	370% BR
Prothèse fixe céramique prise en charge par le RO	125% BR	170% BR	270% BR	415% BR	475% BR
Prothèse amovible prise en charge par le RO (et réparation prothèse prise en charge par le RO)	125% BR	170% BR	270% BR	390% BR	450% BR
Orthodontie prise en charge par le RO	125% BR	150% BR	250% BR	400% BR	450% BR
Prothèses dentaires non prises en charge (sauf prothèse provisoire et élément intermédiaire) (forfait par prothèse)	Non	100 €	180 €	300 €	380 €
Implants (racine et pilier) (forfait par année civile est par bénéficiaire)	Non	100 €	200 €	300 €	400 €
Parodontologie non prise en charge par le RO (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Non	Non	Non	100 €	180 €

Orthodontie non prise en charge par le RO (traitement échu)(pourcentage de la BR reconstituée)	Non	Non	180% BRR	300% BRR	350% BRR
<b>ORTHOPEDIE ET APPAREILLAGES</b>					
Prothèse auditive Adultes + de 20 ans (forfait par appareil)	100% BR	100% BR + 100 €	100% BR + 480 €	100% BR + 680 €	100% BR + 880 €
Prothèse auditive Enfants - de 20 ans	100% BR	100% BR	275% BR	365% BR	450% BR
Acoustique divers	100% BR	100% BR	275% BR	365% BR	450% BR
Orthopédie et appareillage	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Fauteuil handicapé	100% BR	100% BR + 200 €	100% BR + 500 €	100% BR + 1000 €	100% BR + 1500 €
<b>MATERNITE</b>					
Chambre maternité	Non	35 € / jour	45 € / jour	55 € / jour	70 € / jour
Amniocentèse non prise en charge par le RO	Non	Non	45,75 €	70 €	90 €
Fécondation in vitro non prise en charge par le RO	Non	Non	152,45 € limité à 2 tentatives par an	170 € limité à 2 tentatives par an	300 € limité à 2 tentatives par an
Actes d'accouchement, obstétricien et anesthésiste (Médecins liés au CAS ou non) *	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>ALLOCATION NAISSANCE</b>					
Allocation accordée par la Mutuelle lors de la demande de cette-allocation) (extrait d'acte de naissance ou du certificat d'adoption indispensable)	190 €	190 €	190 €	190 €	190 €
<b>HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (Y compris Hospitalisation à domicile)</b>					
Médecins liés à un CAS : Honoraires (chirurgicaux / médicaux) (Etablissement conventionné)	100% BR	200% BR	450% BR	500% BR	525% BR
Médecins non liés à un CAS : Honoraires (chirurgicaux / médicaux) (Etablissement conventionné)	100% BR	180% BR	225% BR	225% BR	225% BR
Etablissement non conventionné : Honoraires (chirurgicaux / médicaux)*	100% BR	200% BR	450% BR	500% BR	525% BR
Frais de séjour (établissements conventionnés)	100% BR	200% BR	450% BR	500% BR	525% BR
Frais de séjour (établissements non conventionnés)	100% BR	200% BR	450% BR	500% BR	525% BR
Forfait Journalier Hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière : médecine et chirurgie	Non	35 € / jour	45 € / jour	55 € / jour	70 € / jour
Chambre particulière : (maison de repos, centre de convalescence, établissement de cure Hors cure thermale)	Non	10 € / jour limité à 30 jours par an	15 € / jour limité à 30 jours par an	20 € / jour limité à 30 jours par an	25 € / jour limité à 30 jours par an
Chambre particulière : psychiatrie, rééducation (fonctionnelle ou motrice)	Non	10 € / jour limité à 60 jours par an	15 € / jour limité à 60 jours par an	20 € / jour limité à 60 jours par an	25 € / jour limité à 60 jours par an
Frais d'accompagnant - Nuitée et repas (Enfants de moins de 14 ans affilié) (joindre justificatif)	Non	15 € / jour limité à 15 jours par an	20 € / jour limité à 15 jours par an	25 € / jour limité à 15 jours par an	30 € / jour limité à 15 jours par an
Frais de transport	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR	400% BR
Forfait de 18€ sur les actes médicaux supérieurs à 120€	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
<b>BIEN ETRE / PREVENTION</b>					
Cure thermale prise en charge par le RO : soins (joindre facture des thermes et décompte RO)	Non	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Cure thermale prise en charge par le RO : forfait (transport et hébergement) cure d'une durée de 3 semaines, (joindre les justificatifs)	Non	125 € limité à une cure par an	150 € limité à une cure par an	175 € limité à une cure par an	200 € limité à une cure par an
Médecine douce (Ostéopathie, acupuncture, chiropractie, psychologie, podologie) (forfait par année civile et par bénéficiaire) (joindre facture originale nominative)	Non	Non	Non	75 €	100 €
<b>GARANTIE ASSISTANCE</b>					
Assistance santé	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
<b>GARANTIE OBSEQUES</b>					
Allocation obsèques affiliés de plus de 12 ans	2 030,65 €	2 030,65 €	2 030,65 €	2 030,65 €	2 030,65 €

\* Pour les médecins non conventionnés, la BR correspond au Tarif d'autorité

CASINOPG16

	REGIME GENERAL				
	Panier de soins	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4R
<b>Adulte</b>	32,57 €	36,18 €	74,22 €	98,50 €	119,70 €
<b>Adulte avec 1 enfant</b>	71,79 €	80,12 €	100,55 €	136,87 €	169,25 €
<b>Adulte avec 2 enfants</b>	88,85 €	99,27 €	126,90 €	175,19 €	218,80 €
<b>Adulte avec 3 enfants et plus</b>	101,03 €	112,95 €	145,66 €	202,62 €	254,22 €
<b>2 adultes</b>	109,20 €	121,95 €	148,47 €	197,02 €	239,38 €
<b>2 adultes avec 1 enfant</b>	126,21 €	141,09 €	174,81 €	235,35 €	288,96 €
<b>2 adultes avec 2 enfants et plus</b>	138,40 €	154,77 €	193,60 €	262,77 €	324,36 €

CASINOPG16

**Mutuelle Interprofessionnelle Economique Ligérienne**

11 Rue du Gris de Lin • 42021 SAINT ETIENNE CEDEX 1 • [mielmut@mielmut.fr](mailto:mielmut@mielmut.fr)

[www.mielmut.fr](http://www.mielmut.fr)

Téléphone : 04 77 49 35 35 du lundi au vendredi de 8h00 à 18h00