

TYPE DE PRESTATION		Remboursement Régime Obligatoire*	MMEI**	RO + MMEI
<b>Médecine</b>	- généralistes	70% BRSS	80% BRSS	150% BRSS
	- spécialistes et neuropsychiatres	70% BRSS	150% BRSS	220% BRSS
<b>Petites interventions</b>	- hors hospitalisation	70% BRSS	130% BRSS	200% BRSS
<b>Soins externes</b>	- prélèvements - analyses - soins infirmiers - radiologie	60% BRSS	40% BRSS	100% BRSS
	- massages rééducation	60% BRSS	40% BRSS	100% BRSS
	- ostéopathie, chiropractie non remboursée RO	néant	31,87€ par séance / plaf. ann. 127,47€	
	- kinésithérapie selon la méthode Mézières ou Busquet non remboursée RO (par bénéficiaire)	néant	12,76€ par séance / plaf. ann. 127,60€	
<b>Pharmacie / pansements (pris en charge par la Régime obligatoire)</b>	- médicaments vignette bleue	30% BRSS	70% BRSS	100% BRSS
	- médicaments vignette blanche	65% BRSS	35% BRSS	100% BRSS
	- médicaments en hospitalisation	80% BRSS	20% BRSS	100% BRSS
<b>Dentaire</b>	- soins courants	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS
	- soins particuliers : parodontie, gingivectomie, remboursés RO	70% BRSS	480% BRSS	550% BRSS
	- soins particuliers : parodontie, gingivectomie, non remboursés RO	néant	159,34€ par quadrant (limité à 4 par an)	
	- prothèses remboursées RO, inlays/onlays cores (ou clavettes)	70% BRSS	355% BRSS	425% BRSS
	- prothèses non remboursées RO, inlays/onlays cores (ou clavettes)	néant	425% BRSS	425% BRSS
	- prothèses sur implant, remboursées RO (coté 30 SPR)	70% BRSS	638% BRSS	708% BRSS
	- prothèses sur implant, non remboursées RO (coté 30 SPR)	néant	708% BRSS	708% BRSS
	- prothèses provisoires y compris sur implant	néant	10% du remboursement (RO + Mutuelle) de la prothèse définitive	
	- orthodontie <sup>1</sup> remboursée RO	100% BRSS	145% BRSS	245% BRSS
	- orthodontie <sup>1</sup> non remboursée RO	néant	200% BRSS	200% BRSS
- implants dentaires non remboursés RO	néant	531,14€ l'implant Plafond annuel 1593,42€		
<b>Optique</b>	- verres correcteurs (par verre) limité à 4 sur 2 années civiles consécutives	60% BRSS	740% BRSS + 139,37 €	800% BRSS + 139,37 €
	- montures (limité à 2 sur 2 années civiles consécutives)	60% BRSS	109,53 € - 60% BRSS	109,53 €
	- lentilles cornéennes remboursées RO (plafond annuel)	60% BRSS	312,90 € - 60% BRSS	312,90 €
	- lentilles cornéennes non remboursées RO (plafond annuel)	néant	312,90 €	312,90 €
	- chirurgie ophthalmique (forfait par œil)	néant	312,90 €	312,90 €
<b>Prothèses</b>	- auditives adulte (par oreille)	60% BRSS	980,72 € - 60% BRSS	980,72 €
	- auditives enfant (par oreille)	60% BRSS	290% BRSS	350% BRSS
	- orthopédiques - appareillage	60% BRSS	290% BRSS	350% BRSS
<b>Transport</b>	- Frais de transport	65% BRSS	35% BRSS	100% BRSS
<b>Hospitalisation</b>	- frais de séjour en établissement conventionné ou non	80% BRSS	20% BRSS	100% BRSS
	- forfait journalier	néant	< frais réels >	
	- frais de salle d'opération	80% BRSS	20% BRSS	100% BRSS
	- honoraires des chirurgiens	80% BRSS	140% BRSS	220% BRSS
	- honoraires des chirurgiens	100% BRSS	120% BRSS	220% BRSS
	- chambre particulière (par jour)	néant	62,58 €	62,58 €
	- chambre en ambulatoire	néant	31,29 €	31,29 €
- lit accompagnant enfant de moins de 12 ans (par jour)	néant	15,65 €	15,65 €	
<b>Maternité</b>	- soins remboursés RO au titre de la maternité	65% à 70% BRSS	selon type de prestations (se reporter à la ligne concernée)	
	- chambre particulière (par jour)	néant	62,58 €	62,58 €
<b>Cures thermales</b>	- soins liés à la cure	65% BRSS	35% BRSS	100% BRSS
	- indemnité forfaitaire	néant	375,48 €	375,48 €
<b>Maisons de repos et de santé</b>	- frais de séjour	80% BRSS	20% BRSS	100% BRSS
	- forfait journalier si séjour en établissement conventionné	néant	< frais réels >	
	- soins remboursés RO au titre séjour	65% à 70% BRSS	selon type de prestations (se reporter à la ligne concernée)	
	- chambre particulière (par jour)	néant	62,58 €	62,58 €
<b>Prévention</b>	- vaccin (plafond par an)	néant	maximum 15,93€	
	- examen densitométrie osseuse (1 examen/2 ans)	néant	maximum 42,49€	
	- pilule contraceptive (plafond par an)	néant	maximum 31,87€	
	- examen densitométrie osseuse	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS

\* Le régime obligatoire (RO) désigne le régime de l'assuré social vis-à-vis de l'assurance maladie. Les taux mentionnés au titre du RO sont ceux qui s'appliquent aux assurés du régime général, hors applications de taux particuliers (remboursement à 100%, régime particulier, régime Alsace-Moselle,...). Attention, le remboursement total perçu par l'adhérent (RO+MMEI) sera identique quel que soit le taux appliqué par le RO de l'adhérent (cf. article III-1.1.1Bis du Règlement Mutualiste).

\*\* Remboursement MMEI en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle du régime obligatoire.

<sup>1</sup> Prestation limitée à un traitement de 3 ans maximum, côté 540 TO au total