



GARANTIE DIAMANT 2022



NOUS CONTACTER

Vous pouvez nous contacter aux coordonnées suivantes :

- Par téléphone (du lundi au vendredi, de 8h00 à 18h00) : 09 69 36 80 80 (appel non surtaxé)
- Par email : accueil@mutaero.net
- Par courrier :

Mutaero
34, boulevard Riquet - CS 21504
31015 Toulouse cedex 6

Une offre santé complète pour une vie en toute sérénité

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements et forfaits concernent chaque bénéficiaire. Tous les forfaits, limites et plafonds s'entendent par année civile.

Les remboursements incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et interviennent dans le cadre du parcours de soins coordonnés, dans la limite des frais réels, en complément de ceux du régime général de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme. Ne seront remboursés que les dépassements d'honoraires considérés comme autorisés par la Sécurité Sociale. Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

Cette garantie est **conforme à la législation en vigueur sur les contrats responsables**.

BR : Base de Remboursement <> **FR** : Frais Réels <> **SS** : Sécurité Sociale <> **NR** : Non Remboursé.

Les médecins signataires des DPTAM « Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée » (**OPTAM / OPTAM-CO**) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

NATURE DES SOINS

REMBOURSEMENT

Sécurité Sociale

 Sécurité Sociale +
Mutaero

HOSPITALISATION MÉDICALE - CHIRURGICALE - MATERNITÉ

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier illimité sauf établissements médico - sociaux (type MAS, EHPAD...)	NR	Frais réels
---	----	-------------

HONORAIRES

Honoraires médecins adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	80 - 100% BR	230% BR
Honoraires médecins non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	80 - 100% BR	160% BR

CHAMBRE PARTICULIERE

Chambre particulière (limitée à 90 jours / an) (par jour) (1)	NR	75€
Chambre en ambulatoire (limitée à 30 jours / an) (par jour) (1)	NR	35€
Lit accompagnant enfant de moins de 16 ans (limitée à 90 jours/an) (par jour)	NR	35€

AUTRES

Frais de séjour - établissement conventionné	80 - 100% BR	Frais réels
Frais de séjour - établissement non conventionné	80% BR	150% BR
Transport	65 - 100% BR	100% BR

DENTAIRE (devis préalable obligatoire)

Sous réserve de prise en charge accordée par le réseau partenaire Viamédis

Prothèse : devis obligatoire pour toute prestation effectuée par un professionnel de santé hors réseau Viamédis

Taux de remboursement exprimés en % identiques pour les actes du panier maîtrisé et du panier libre.

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ - SOINS ET PROTHESES (2)

100% des frais réels

SOINS HORS 100% SANTÉ

Soins dentaires (AXI, END,SDE, ADC)	70% BR	100% BR
Inlay / Onlay	70% BR	170% BR

PROTHESES HORS 100% SANTÉ (Plafond de remboursement annuel en tarif libre : 1ère année : 1 000€ - 2ème année : 1 400€). Remboursement du ticket modérateur (TM) une fois le plafond dépassé.

Prothèses dentaires sur dents visibles, prises en charge par la Sécurité Sociale	70% BR	325% BR
Prothèses dentaires sur dents non visibles, prises en charge par la Sécurité Sociale	70% BR	260% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale : forfait annuel	NR	240€
Prothèses provisoires amovibles - limité à 5 actes / an	NR	30€ / acte
Inlay - Core (ICO) remboursé par la Sécurité Sociale	70% BR	175€

AUTRES ACTES HORS 100% SANTÉ

Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale - par semestre	70% - 100% BR	100% BR + 480€
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité Sociale - forfait annuel (3)	NR	405€
Implantologie - forfait annuel (3)	NR	405€
Traitement de la maladie parodontale: surfaçage ou débridement - forfait annuel	NR	100€

MÉDECINE COURANTE

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Honoraires auxiliaires médicaux (dépassement d'honoraire pris en charge si remboursé par la Sécurité Sociale)	60 - 70% BR	100% BR
---	-------------	---------

HONORAIRES MÉDICAUX

Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO dont actes de chirurgie ou techniques, imagerie médicale	60 - 70% BR	220% BR
Honoraires médicaux non OPTAM/OPTAM-CO dont actes de chirurgie ou techniques, imagerie médicale	60 - 70% BR	160% BR

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses non prises en charge par la Sécurité Sociale (forfait annuel)	NR	75€
Analyses et examens de laboratoire	60% BR	175% BR

MÉDICAMENTS ET MATÉRIEL MÉDICAL

Médicaments (vignettes 30% / 65%)	30 - 65% BR	100% BR
Médicaments (vignettes 15%)	15% BR	25% BR
Matériel médical : orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires et mammaires	60% BR	100%BR+190€/an
+ Lecteur de glycémie, bandelettes - forfait annuel	NR	50€

OPTIQUE (devis préalable obligatoire)

Forfait limité à une paire de lunettes (1 monture + 2 verres, de classe A, B ou mixte) tous les deux ans par bénéficiaire (sauf pour les -16 ans et changement de dioptrie justifiée avec une paire maximum par an) apprécié à la date du premier achat optique (événement de Sécurité Sociale faisant foi)

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ - Verres et montures de classe A, suppléments et options (2)

100% des frais réels

MONTURE "Classe B" HORS 100% SANTÉ

Monture	60% BR	95€
---------	--------	-----

VERRES "Classe B" HORS 100% SANTÉ

Verre simple (4) (par verre) - Réseau Kalixia	60% BR	95€
Verre simple (4) (par verre) - Hors Réseau Kalixia	60% BR	86€
Verre complexe (5) (par verre) - Réseau Kalixia	60% BR	135€
Verre complexe (5) (par verre) - Hors Réseau Kalixia	60% BR	122€
Verre très complexe (6) (par verre) - Réseau Kalixia	60% BR	185€
Verre très complexe (6) (par verre) - Hors Réseau Kalixia	60% BR	167€

LENTILLES

Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale- forfait annuel	60%BR - NR	200€
---	------------	------

CHIRURGIE

Chirurgie oculaire (par oeil)	NR	325€
-------------------------------	----	------

Classe MIXTE : Possibilité de panacher les équipements de la classe A avec ceux de la classe B

AVANTAGES DU RÉSEAU DE SOINS KALIXIA

Verre de classe B	jusqu'à - 40 %
Lentilles	jusqu'à - 30 %
Monture	jusqu'à - 20 %

AIDES AUDITIVES (devis préalable obligatoire)

Prise en charge une fois tous les 4 ans, à compter de la date de la dernière facturation de l'appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ - aides auditives de classe I (2)

100% des frais réels

Aides auditives offre libre Classe II (par oreille) HORS 100% SANTÉ	60% BR	100% BR + 325€
Accessoires (piles, embout...) pris en charge par la Sécurité Sociale	60% BR	100% BR

AVANTAGES DU RÉSEAU DE SOINS KALIXIA

Double appareillage de classe 2	- 500 € en moyenne
Prestations accessibles aux ascendants directs des adhérents	Oui

AUTRES PRESTATIONS

+ Médecines douces (7) (acupuncture, mésothérapie, chiropractie, ostéopathie, psychothérapie, psychomotricité, diététique, méthode Mézières)	NR	30€ par séance (4 / an maximum)
+ Pédicure - Podologie - forfait annuel	NR	50€
+ Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale - forfait annuel	65% BR	100% BR + 200€
Accessoires cure non remboursés Sécurité Sociale - forfait annuel	NR	50€
Allocation pour frais liés à une naissance ou adoption (après inscription de l'enfant)	NR	175€

PRÉVENTION

+ Ostéodensitométrie non remboursée	NR	50€ / an
Vaccins non remboursés dans la limite de 100€ par an	NR	50% des frais réels
+ Pack prévention(7) (ergothérapie, dépistage troubles de l'audition ou du langage par orthophoniste, test hémocult)	NR	150€ / an
Vie sans tabac (substituts nicotiniques prescrits dès le 2ème mois de traitement)	NR	70€ / an

Forfait annuel, par bénéficiaire, en cas d'accident de circulation avec un tiers responsable identifié et assuré, pour des prestations entrant exclusivement dans le champ du recours contre tiers

200€

(1) la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours en psychiatrie, long séjour, maison de repos ou convalescence, centre de rééducation, diététique. Le jour de sortie n'est pas pris en charge;

(2) tels que définis réglementairement ;

(3) Forfait global unique pour l'ensemble des prestations orthodontie non remboursable et implants dentaires. Tous les forfaits, limites et plafonds s'entendent par année civile.

(4) Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries / Verres 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 / Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

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

(6) Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries / 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 / 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 / Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(7) seules les prestations énumérées sont prises en charge, sous réserve de présentation d'une facture du praticien mentionnant sa qualification
Médecines douces : Pour toute demande de prise en charge par Mutaero, vous devez présenter une facture datée, signée, acquittée avec le tampon du praticien.

VOS SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Nous incluons dans toutes nos garanties complémentaires santé, en plus des remboursements de soins, une multitude de services qui complètent idéalement la garantie santé ! **Découvrez plus en détail les services offerts par Mutaero sur www.mutaero.net**

Une assistance complète 24h24, 7j/7	Le réseau de soins kalixia pour réduire votre reste à charge	Contrôle des prestations dentaires pour limiter le reste à charge	Un espace adhérent
Des ateliers prévention	Une action sociale	Le tiers payant généralisé Viamedis	La téléconsultation MesDocteurs

Frais de gestion 2020 sur cotisations hors taxes : 12% - Taux de redistribution 2020 : 68,23% - Taxe sur les conventions d'assurance (TCA) : 13.27%

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.