

COLLECTIVITES TERRITORIALES

Prestations 2022	Formules	Taux RO 1	COLTER 1 RO + MUT	COLTER 2 RO + MUT	COLTER 3 RO + MUT
SOINS COURANTS					
Honoraires des praticiens (médecins généralistes, médecins spécialistes secteur 1 et 2, sages-femmes, psychiatres, radiologues etc.)		70%	100%	150% ³	200% ³
Honoraires des chirurgiens-dentistes (dont spécialisés dans le traitement ODF, stomatologues de secteur 1 et 2)		70%	100%	150% ³	200% ³
Laboratoire		60%	100%	100%	100%
Pharmacie		15%-30%-65%	100%	100%	100%
Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes)		60%	100%	100%	100%
Pansement, accessoires, petit appareillage		60%	100%	150%	200%
Appareillage orthopédique		60%	100%	150%	200%
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèse, véhicules pour handicapés physiques)		100%	100%	150%	200%
Vaccin anti grippe		0%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prothèse capillaire et mammaire		100%	150%	200%	300%
Participation assuré sur acte technique de plus de 120 € tarif sécurité sociale		0%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
DENTAIRE²					
Soins dentaires		70%	100%	150%	200%
Soins et prothèses 100% santé**		70%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prothèses dentaires acceptées par la sécurité sociale		70%	150%	250%	300%
Orthodontie acceptée RO		100%	150%	180%	200%
Implantologie		0%	50€/implant	100€/implant	200€/implant
OPTIQUE²					
Equipements 100% santé** 1 fois / 2 ans		60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Monture Classe B - 1 fois/2 ans		60%	100 €	100 €	100 €
Forfait par verre simple Classe B - 1 fois / 2 ans ⁴		60%	55 €	75 €	95 €
Forfait par verre complexe Classe B - 1 fois / 2 ans ⁴		60%	110 €	130 €	170 €
Forfait par verre très complexe Classe B - 1 fois / 2 ans ⁴		60%	190 €	280 €	350 €
Lentilles prises en charge par la sécurité sociale		60%	100%	100%	100%
Forfait lentilles remboursées et non remboursées par la sécurité sociale/ an ⁵			120 €	160 €	200 €
Chirurgie Réfractive forfait /œil ⁵		0%	120 €	160 €	200 €
Chirurgie de la cataracte forfait / œil ⁵		100%	80 €	100 €	200 €
AIDES AUDITIVES					
Prothèses		60%	100%	150%	200%
Prothèses auditives 100% santé** 1 fois / 4 ans		60%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
FRAIS DE TRANSPORT					
frais de transports (sur prescription médicale, après éventuellement accord préalable de l'assurance maladie et dans le cadre des situations prévues par l'assurance maladie)		65%	100%	150%	200%
CURES THERMALES					
Frais de cure prise en charge par la sécurité sociale		70% - 65% 60%	100%	100%	100%
Forfait Cure sur présentation de la facture d'hébergement		0%	138 €	150 €	200 €
HOSPITALISATION					
Frais d'hospitalisation (frais de séjour, frais de salle d'opération, honoraires praticiens et anesthésistes et auxiliaires médicaux, frais d'analyses et d'examen de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier)		100% - 80%	100%	150% ³	200% ³
Forfait Journalier tarif sécurité sociale Chirurgie Maladie Maternité		0%	Illimité	Illimité	Illimité
Forfait Journalier tarif sécurité sociale Moyens et longs séjours		0%	Illimité	Illimité	Illimité
Participation assuré sur acte technique de plus de 120 € tarif sécurité sociale		0%	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Accompagnement - de 16 ans, + de 65 ans		0%	30 €/ jour	35 €/ jour	40 €/ jour
Chambre Particulière (30 jours/an) Chirurgie Maladie Maternité		0%	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour
Chambre Particulière (30 jours/an) Moyens et longs séjours		0%	20 €/jour	20 €/jour	30 €/jour
PREVENTION R 871-2 du code de la sécurité sociale					
Actes de prévention pris en charge par la sécurité sociale		60%-70%	100%	100%	100%
Forfait libre, médecines alternatives (soins pratiqués par des professionnels de santé dont les diplômes sont reconnus par le ministère de la Santé, disposant d'un code ADELI) par bénéficiaire		0%	150 €/an	210 €/an	280 €/an
Forfait Homéopathie : Médicaments et traitements homéopathiques, sur prescriptions médicales		0%	30 € / an	40 € / an	50 € / an
Forfait matériel: prise en charge du dépassement d'honoraire du petit matériel (piles pour prothèses auditives, semelle orthopédique...)		0%	50 € / an	60 € / an	70 € / an

1. Les taux sont exprimés sur la base de remboursement de la sécurité sociale. RO signifie Régime Obligatoire.

** tels que définis réglementairement, prise en charge des prestations relevant du panier de soins sans reste à charge. (du fait de la réforme dite 100% santé)

2. Vous bénéficiez du tiers payant dans les œuvres sanitaires et sociales de la mutuelle

3. Moins 20% pour les professionnels n'ayant pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO)

4. Voir tableau type de verres au verso

5 Voir condition de prise en charge au verso



CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS



Les frais d'hospitalisation

Le ticket modérateur en cas d'hospitalisation

Celui-ci est pris en charge par la mutuelle quelle que soit la durée, le nombre ou le lieu d'hospitalisation et quelle que soit la formule choisie.

Le forfait journalier

Le forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité Sociale est pris en charge par la mutuelle à durée illimitée excepté pour les formules Agate et Ambre.

La chambre particulière

Elle est prise en charge dans les conditions décrites dans chaque formule.

Les prestations forfaitaires

Forfait petit matériel

Il s'agit de la prise en charge de dépassements d'honoraire sur les pansements, accessoires et petit appareillage prescrit et comportant un reste à charge supérieur au ticket modérateur. Le forfait est remboursé sur présentation de la facture et de l'ordonnance. (acheté en pharmacie ou magasin spécialisé de matériel médical.)

Les participations forfaitaires aux frais d'optiques

Remboursement limité à un équipement tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les enfants de - 16 ans et en cas d'évolution de la vue la prise en charge peut être annuelle. Les 2 ans s'entendent à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Le montant est celui déterminé par la formule choisie et la correction. Il ne peut en aucun cas dépasser la dépense. Il peut être déduit de la facture (tiers payant) ou remboursé par télétransmission ou sur saisie de décompte. Les remboursements sont limités par le décret sur les contrats dits responsables. Pour les personnes ayant une prescription d'une vision de près et une de loin, les 2 équipements sont remboursés. Pour les enfants de -6 ans renouvellement par période de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

TYPE DE VERRES	
verres unifocaux - sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	VERRES SIMPLES
verre unifocal - sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ou verre multifocal ou progressif - sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	VERRES COMPLEXES
verre multifocal ou progressif - sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.	VERRES TRES COMPLEXES

Les participations forfaitaires aux frais d'achat de lentilles prises ou non en charge par le régime obligatoire

La mutuelle ne participe que dans le cas d'un achat fait chez un professionnel de santé dont la facture comporte un numéro FINESS. Le montant déterminé par la formule est un montant annuel. Il peut être versé en plusieurs fois. Il peut être déduit de la facture dans les magasins de l'Union des Mutuelles de Vaucluse ou remboursé sur présentation de la facture acquittée. Il ne peut en aucun cas dépasser le montant de la facture.

Chirurgie de la Cataracte et Réfractive

Le montant déterminé par la formule est remboursé sur présentation de la facture acquittée stipulant l'objet de l'intervention. La chirurgie réfractive comprend : la Myopie, l'Astigmatisme, l'Hypermétropie et la Presbytie.

Les participations forfaitaires aux frais de prothèses auditives

Le renouvellement de prise en charge des aides auditives est possible au terme d'une période minimal de 4 ans (date de la dernière facture). Leur montant est celui déterminé par la formule choisie. Il ne peut en aucun cas dépasser la dépense engagée. Il est remboursé par télétransmission ou sur saisie de décompte.

Les participations forfaitaires aux frais de cure thermale

Elle ne peut être remboursée qu'en cas de prise en charge de la sécurité sociale, qu'une seule fois par an sur présentation de l'attestation de cure et des notes de frais (transports, hébergement). Son montant dépend de la formule choisie. Elle ne peut en aucun cas dépasser les dépenses engagées.

Les participations forfaitaires libres, médecines alternatives

Le montant déterminé par la formule est un montant annuel par bénéficiaire. Il peut être versé en plusieurs fois mais en aucun cas dépasser le montant de la facture. Le remboursement s'effectue sur facture originale et uniquement si les soins sont pratiqués par des professionnels de santé dont les diplômes sont reconnus par le ministère de la Santé, disposant d'un code ADELI.

Les Participations forfait homéopathie :

Le montant annuel par bénéficiaire, est déterminé par la formule. Il peut être versé en plusieurs fois mais en aucun cas ne peut dépasser le montant de la facture. Le remboursement s'effectue sur facture et uniquement si les soins sont sur prescription médicale