

LA PEROUSE

GARANTIES		Remboursements (A.M incluse)
HOSPITALISATION (MATERNITE INCLUSE)	SECTEUR CONVENTIONNE	
	Honoraires et actes chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) Médecin adhérent au CAS Honoraires et actes chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) Médecin non adhérent au CAS Frais de séjour hospitaliers de salle d'opération	250% BR 200% BR 250% BR
HOSPITALISATION (MATERNITE INCLUSE)	SECTEUR NON CONVENTIONNE	
	Honoraires et actes chirurgicaux (hors chirurgie dentaire) Frais de séjour hospitaliers de salle d'opération Chambre particulière Frais d'accompagnement (enfant < 16 ans) limité à 30 jours Maison de repos et de convalescence Forfait hospitalier journalier Participation forfaitaire de 18 € pour les actes techniques médicaux lourds > 120 € Hospitalisation à domicile Ambulance prise en charge par l'A.M	200% BR 250% BR 20 € / jour 20 € / jour 250% BR 100 % FR inclus 250% BR 100 % FR
ACTES COURANTS	Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés (Médecin adhérent au CAS) Consultations et visites généralistes et spécialistes conventionnés (Médecin non adhérent au CAS) Consultations et visites généralistes et spécialistes non conventionnés Auxiliaires médicaux conventionnés Actes de spécialistes, Actes techniques médicaux ATM-actes d'échographie ADE, Actes d'imagerie ADI radios réalisés (Médecin adhérent au CAS) Actes de spécialistes, Actes techniques médicaux ATM-actes d'échographie ADE, Actes d'imagerie ADI radios réalisées (Médecin non adhérent au CAS) Analyses médicales Pharmacie: toutes catégories de médicaments prise en charge par l'A.M (médicaments, homéopathie)	175% BR 155% BR 155% BR 175% BR 175% BR 155% BR 175% BR 100% BR
	Consultations, Soins courants (y compris chirurgie dentaire ADC) + inlays onlays Prothèses dentaires prises en charge par l'A.M (hors inlays onlays) Prothèses dentaires non prises en charge par l'A.M (hors inlays onlays) Orthodontie prise en charge ou non par l'A.M Implantologie (prothèse sur implant et chirurgie sur implant) remboursée par l'A.M Parodontologie remboursés par l'A.M. Parodontologie, implantologie et support de prothèses (racine et pilier) non remboursés par l'A.M. Stomatologie médecin adhérent au CAS Stomatologie médecin NON adhérent au CAS	175% BR 150% BR 150 % BR reconstituée 150% BR 150% BR 150% BR 206 € / an / bénéficiaire 150% BR 130% BR
DENTAIRE	Adulte: un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans (sauf changement de dioptrie : une paire par an) Enfant moins de 18 ans : un équipement par an	
	Monture Verres Lentilles et Lentilles jetables remboursées par l'A.M (par an et par bénéficiaire) Lentilles et Lentilles jetables refusées par l'A.M (par an et par bénéficiaire) Chirurgie réfractive ou traitement laser de l'œil	150 € voir grille (verso) 80 € / an / bénéficiaire 80 € / an / bénéficiaire 100 € par œil
OPTIQUE	Cure thermique (acceptée par l'A.M) par an et par bénéficiaire Orthopédie, appareillage, prothèse auditive, mammographie, échographie, prothèse mammaire, prothèse capillaire Forfait maternité (à l'exclusion de tout autre remboursement) Ostéopathie, Thérapie manuelle, Pédicurie, Podologie, Chiropractie, Etiopathie, Acupuncture, Micro-kinesithérapie, Dietéticien, Homéopathie, Psychomotricité, Psychothérapie, Psychologues, Radios non remboursées par l'A.M Diagnostic prostate Analyses non remboursées par la Sécurité sociale ACTES DE PREVENTION: Pillules contraceptives, traitement oestro-progestatifs, implants contraceptifs non remboursés par le RO, sevrage tabagique, Pharmacie non prise en charge, Les actes de préventions prévus dans la liste fixée par arrêté du 8 juin sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100% du TM Vaccins prescrits pris en charge ou non par l'A.M Assistance et tiers payant	6% PMSS 150% BR 347 € 105€ maximum par an et par bénéficiaire 80% FR 3% PMSS 50€ par an et par bénéficiaire TOUS LES ACTES 100% FR Oui
AUTRES PRESTATIONS		

- Toutes les prestations autres que celles mentionnées aux conditions particulières et dans le présent tableau des prestations ne sont pas prises en charge par la mutuelle,
- Seuls les frais ayant donné lieu à remboursement par l'Assurance Maladie seront pris en charge par le présent contrat sauf précision indiquée dans le tableau ci-dessous,
- Les prestations indiquées **incluent** le montant remboursé par l'Assurance Maladie.
Tous les actes de prévention prévus par l'arrêté ministériel du 8 juin 2006 sont pris en charge.
BR : Base de remboursement, RSS : Remboursement Sécurité sociale, TM : Ticket modérateur, FR : Frais réels
A.M. : Assurance Maladie, P.M.S.S : Plafond mensuel Sécurité sociale : 3269 € en 2017
CAS: contrat d'accès aux soins
Document non contractuel : Seul le certificat d'affiliation et les conditions générales font loi entre les parties

GRILLE OPTIQUE LA PEROUSE (par verre)	REBOURSEMENT
VERRE SIMPLE FOYER SPHERIQUE	
sphère de - 6 à + 6	60 €
sphère de - 6,25 à -10 ou de + 6,25 à + 10	155 €
sphère hors zone de -10 à +10	155 €
VERRE SIMPLE FOYER SPHERO-CYLINDRIQUE	
cylindre inférieur ou égal à - 4. Sphère de -6 à +6	80 €
cylindre inférieur ou égal à + 4. Sphère hors zone de - 6 à +6	280 €
cylindre supérieur ou égal à - 4. Sphère de - 6 à +6	280 €
cylindre supérieur ou égal à + 4. Sphère hors zone de - 6 à +6	280 €
VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERIQUE	
sphère de - 4 à + 4	95 €
sphère hors zone de -4 à + 4	280 €
VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF SPHERO- CYLINDRIQUE (quel que soit la puissance du cylindre)	
sphère de - 8 à + 8	110 €
sphère hors zone de -8 à + 8	350 €

Document non contractuel : Seul le certificat d'affiliation et les conditions générales font loi entre les parties