

GARANTIE CARELIA

	RÉGIME OBLIGATOIRE	CAREL MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL
HOSPITALISATION			
Frais de séjour : pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale	80% B.R.	20% B.R.	100% B.R.
Praticiens n'ayant pas signé le CAS ► Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	80% B.R.	30% B.R.	110% B.R.
Autres praticiens ► Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation	80% B.R.	50% B.R.	130% B.R.
Participation assuré : pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €	Néant	F.R.	F.R.
Forfait journalier hospitalier	Néant	F.R.	F.R.
Chambre particulière avec nuitée : hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Médecine, Chirurgie et Maternité. Durée limitée à 30 jours par année civile en Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et Psychiatrie	Néant	50 €/jour	50 €/jour
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie : hors box d'hospitalisation (structure ouverte pouvant être individualisée)	Néant	15 €/jour	15 €/jour
Frais d'accompagnant : hors ambulatoire. Nuitées, repas pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Durée illimitée en Médecine et Chirurgie. Durée limitée à : 60 jours par année civile en Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...) et à 30 jours par année civile en Psychiatrie	Néant	25 €/jour	25 €/jour
Transports prescrits remboursés par le R.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.
SOINS MÉDICAUX COURANTS			
Praticiens n'ayant pas signé le CAS ► Consultations, visites des médecins généralistes	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.
Autres praticiens ► Consultations, visites des médecins généralistes Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	40% B.R. ou 30% B.R.	100% B.R.
Praticiens n'ayant pas signé le CAS ► Consultations, visites des médecins spécialistes	70% B.R.	40% B.R.	110% B.R.
Autres praticiens ► Consultations, visites des médecins spécialistes	70% B.R.	60% B.R.	130% B.R.
Praticiens n'ayant pas signé le CAS ► Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	70% B.R.	40% B.R.	110% B.R.
Autres praticiens ► Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	70% B.R.	60% B.R.	130% B.R.
Praticiens n'ayant pas signé le CAS ► Actes d'imagerie (radiographie, scanner,IRM,...) - Échographie ou doppler	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.
Autres praticiens ► Actes d'imagerie (radiographie, scanner,IRM,...) - Échographie ou doppler	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.
Participation assuré : pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €	Néant	F.R.	F.R.
Examens de biologie médicale	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.
Cures thermales remboursées par le R.O. : soins, transport, hébergement, remboursés par le R.O.	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.
PHARMACIE			
Pharmacie à 65%	65% B.R.	35% B.R.	100% B.R.
Pharmacie à 30%	30% B.R.	70% B.R.	100% B.R.
Pharmacie à 15%	15% B.R.	85% B.R.	100% B.R.
Vaccins antigrippes prescrits non remboursés par le R.O. (uniquement injections)	Néant	F.R.	F.R.
OPTIQUE, DENTAIRE, ACOUSTIQUE			
OPTIQUE			
ADULTE - Limité à : 1 monture et 2 verres sur 2 ans (de date à date) pour les adultes (plus de 18 ans : âge apprécié à la date des soins) sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres par année civile. La période de référence porte sur les 24 derniers mois précédant l'acquisition du nouvel équipement.			
Monture : forfait par monture. À partir de 18 ans (âge apprécié à la date des soins)	60% B.R.	40% B.R. + 50 €	100% B.R. + 50 €
Verres simples (uni-focaux faible et moyenne correction) : forfait par verre. À partir de 18 ans (âge apprécié à la date des soins). Verres uni-focaux faible et moyenne correction : codes LPP 2203240 ; 2287916 ; 2259966 ; 2226412.	60% B.R.	40% B.R. + 35 €	100% B.R. + 35 €
Verres complexes (uni-focaux forte correction et progressifs hors hyper complexe) : forfait par verre. À partir de 18 ans (âge apprécié à la date des soins). Verres uni-focaux forte correction : codes LPP 2282793 ; 2280660 ; 2263459 ; 2265330 ; 2235776 ; 2295896 ; 2284527 ; 2254868 ; 2212976 ; 2252668 ; 2288519 ; 2299523. Verres progressifs hors hyper complexes : codes LPP 2290396 ; 2291183 ; 2227038 ; 2299180.	60% B.R.	40% B.R. + 75 €	100% B.R. + 75 €
Verres hyper complexes (progressifs forte correction) : forfait par verre. À partir de 18 ans (âge apprécié à la date des soins). Verres progressifs forte correction : codes LPP 2245384 ; 2295198 ; 2202239 ; 2252042.	60% B.R.	40% B.R. + 75 €	100% B.R. + 75 €

R.O. = Régime Obligatoire - F.R. = Frais Réels - B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie) - CAS = Contrat d'Accès aux Soins

GARANTIE CARELIA

	RÉGIME OBLIGATOIRE	CAREL MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL
OPTIQUE, DENTAIRE, ACOUSTIQUE (suite)			
OPTIQUE (SUITE)			
ENFANT - Limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date) pour les enfants (moins de 18 ans : âge apprécié à la date des soins). La période de référence porte sur les mois précédant l'acquisition du nouvel équipement.			
Monture : forfait par monture. Moins de 18 ans (âge apprécié à la date des soins)	60% B.R.	40% B.R. + 40 €	100% B.R. + 40 €
Verres simples (uni-focaux faible et moyenne correction) : forfait par verre. Moins de 18 ans (âge apprécié à la date des soins) Verres uni-focaux faible et moyenne correction : codes LPP 2261874 ; 2242457 ; 2200393 ; 2270413.	60% B.R.	40% B.R. + 30 €	100% B.R. + 30 €
Verres complexes (uni-focaux forte correction et progressifs) : forfait par verre. Moins de 18 ans (âge apprécié à la date des soins). Verres uni-focaux forte correction : codes LPP 2243540 ; 2297441 ; 2243304 ; 2291088 ; 2273854 ; 2248320 ; 2283953 ; 2219381 ; 2238941 ; 2268385 ; 2245036 ; 2206800. Verres progressifs : codes LPP 2259245 ; 2264045 ; 2238792 ; 2202452 ; 2240671 ; 2282221 ; 2234239 ; 2259660.	60% B.R.	40% B.R. + 80 €	100% B.R. + 80 €
Autres prestations sur verres remboursées par le R.O. : prismes et filtres	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.
Basse vision : Kepler et télé agrandisseur : forfait par année civile	Néant	50 €	50 €
Lentilles prescrites remboursées par le R.O.	60% B.R.	40% B.R. + 50 €	100% B.R. + 50 €
Lentilles prescrites non remboursées par le R.O. y compris produits d'entretien	Néant	50 €	50 €
Traitement correctif de la vision : forfait par année civile, par œil	Néant	100 €	100 €
} Forfait par année civile valant pour ces 2 rubriques			
DENTAIRE - Seuls les actes répertoriés à la CCAM peuvent faire l'objet d'un remboursement de la mutuelle.			
Consultations, Soins, Radiographies	70% B.R.	30% B.R.	100% B.R.
Prothèses dentaires remboursées par le R.O. Plafond de remboursement (hors ticket modérateur : 30% B.R.) : • 600 € la 1 ^{re} année d'adhésion • 1200 € la 2 ^e année d'adhésion • 1800 € la 3 ^e année d'adhésion et les suivantes	70% B.R.	130% B.R.	200% B.R.
Actes non remboursés par le R.O. : forfait par année civile	Néant	100 €	100 €
Orthodontie remboursée par le R.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	130% B.R. ou 100% B.R.	200% B.R.
PROTHÈSES, ACOUSTIQUE, APPAREILLAGE			
Appareillage Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	60% B.R.	40% B.R.	100% B.R.
Prothèses auditives : achat, entretien et réparation. Forfait par année civile, par oreille	60% B.R.	40% B.R. + 200 €	100% B.R. + 200 €
OBSÈQUES			
Indemnité de frais d'obsèques : versée dans la limite des frais engagés, immédiatement en cas de décès sur présentation d'une facture relative aux obsèques, au nom du payeur	Néant	600 €	600 €
Assistance MUTISSIMO et Priorité Santé Mutualiste (PSM) dans le cadre des services associés à la garantie : voir notice d'information Assistance - Actes de prévention prévus dans le cadre de la garantie responsable.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

R.O. = Régime Obligatoire - **F.R.** = Frais Réels - **B.R.** = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie) - **CAS** = Contrat d'Accès aux Soins

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Les taux de remboursement du régime obligatoire correspondent aux taux du régime général en vigueur au 02/05/2011.
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.