

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Socle

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	100 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	100 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	100 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	100 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	100 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	100 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé	100 %	100 % BR - SS
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	100 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	100 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	100 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	100 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽³⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM.






MBTP SE
Mutuelle du Bâtiment et des
Travaux Publics du Sud-Est

Mutuelle affiliée à la FNMF, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le n° 390 917 953 dont le siège social est situé 5 rue Jean-Marie Chavant 69369 Lyon Cedex 7.
mutuelle-mbtp.com - Janvier 2024



FR340325_03NSCD

OPTIQUE ⁽⁴⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽⁵⁾	60 %	100 € dont 30 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽⁵⁾	60 %	200 € dont 30 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽⁵⁾	65 %	200 € dont 30 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS
DENTAIRE ⁽⁶⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	100 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	100 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽⁷⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	125 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽⁷⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	125 % BR - SS
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	125 % BR - SS
AIDES AUDITIVES ⁽⁸⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽⁹⁾ - Appareil auditif	60 %	100 % BR - SS
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (5) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (6) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Équipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (7) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (8) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (9) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise)

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale - **€** : euros - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - **NC** : Non-connu

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Amelio 1

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	100 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	140 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	120 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	100 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	100 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	100 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 100 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	125 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	140 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	120 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	140 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	30 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	20 €/jour

MBTP VITA CO - Amelio 1

OPTIQUE ⁽⁶⁾

Équipements 100% SANTE

Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
---	------	--

Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B

Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽⁷⁾	60 %	150 € dont 60 € maxi monture
---	------	------------------------------

Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽⁷⁾	60 %	250 € dont 60 € maxi monture
--	------	------------------------------

Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽⁷⁾	65 %	270 € dont 60 € maxi monture
---	------	------------------------------

Autres dispositifs de correction optique

Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽⁸⁾	60 %	100 €
--	------	-------

DENTAIRE ⁽⁹⁾

Soins et Prothèses 100% SANTÉ

Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
--	------	--

Soins

Soins dentaires modéré et libre	60 %	100 % BR - SS
---------------------------------	------	---------------

Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	150 % BR - SS
---	------	---------------

Prothèses

Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁰⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	200 % BR - SS
--	------	---------------

Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁰⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	170 % BR - SS
---	------	---------------

Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹¹⁾	-	170 % BR
--	---	----------

Autres dispositifs dentaires

Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	170 % BR - SS
---------------------------------------	-------	---------------

AIDES AUDITIVES ⁽¹²⁾

Équipements 100% SANTÉ

Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
--	------	--

Autres équipements

Équipement de CLASSE II ⁽¹³⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 100 € / oreille
---	------	---------------------------------

Autres dispositifs auditifs

Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS
---	------	---------------

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	15 €/séance 4 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁴⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	20 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽¹⁴⁾	-	20 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (7) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (8) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (9) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (10) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (11) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (12) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (13) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise). (14) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (15) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale – **€** : euros – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **NC** : Non-connu


*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Amelio 2

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	130 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	180 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	160 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	130 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	130 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	130 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 300 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	150 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	180 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	160 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	170 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	45 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	30 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	20 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	20 €/jour

MBTP VITA CO - Amelio 2

OPTIQUE ⁽⁸⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽⁹⁾	60 %	180 € dont 80 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽⁹⁾	60 %	300 € dont 80 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽⁹⁾	65 %	340 € dont 80 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹⁰⁾	60 %	125 €
DENTAIRE ⁽¹¹⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	100 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	200 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹²⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	250 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹²⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	200 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹³⁾	-	200 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	250 % BR - SS
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁴⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁵⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 300 € / oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	20 €/séance 4 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁶⁾ - exemple : gommes à mâcher, patches anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	30 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	30 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾	-	20 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérent à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (9) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (10) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (11) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (12) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (13) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (14) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (15) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise). (16) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (17) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (18) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale – **€** : euros – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **NC** : Non-connu




*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Amelio 3

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	130 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	180 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	160 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	130 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	130 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	130 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 300 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	150 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	220 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	60 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	40 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	20 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	30 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	4 €/jour

MBTP VITA CO - Amelio 3

OPTIQUE ⁽⁹⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	200 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	400 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	450 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	150 €
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	300 €/œil
DENTAIRE ⁽¹³⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	100 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	200 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	250 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	200 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	200 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	250 % BR - SS
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁶⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁷⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 300 € / oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	20 €/séance 4 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁸⁾ - exemple : gommes à mâcher, patches anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	30 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽¹⁸⁾	-	30 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽¹⁸⁾⁽²⁰⁾	-	20 €

Maternité / Contraception

Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	100 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²¹⁾	-	50 €

Pack allocations

Cure thermale prise en charge par la SS - limité au reste à charge ⁽²²⁾	65 %	180 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans - limité au reste à charge	-	500 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²³⁾⁽²⁴⁾	-	250 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérant à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (10) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (11) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (12) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (13) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (14) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (15) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (16) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (17) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise) (18) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (19) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (20) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes. (21) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (22) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur. (23) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (24) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :




BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale – **€** : euros – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **NC** : Non-connu

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Nobilis 1

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	130 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	220 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	130 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	130 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	130 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 500 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	250 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	220 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	60 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	40 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	20 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	30 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	4 €/jour

OPTIQUE ⁽⁹⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	200 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	400 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	450 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	150 €
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	300 €/œil
DENTAIRE ⁽¹³⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	150 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	255 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	300 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	250 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	250 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	300 % BR - SS
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	180 % BR maxi
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	100 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	50 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	200 €/implant 2 implants max
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁸⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁹⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 500 € / oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	25 €/séance 4 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽²⁰⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	40 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	40 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽²⁰⁾⁽²²⁾	-	20 €

Maternité / Contraception

Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	150 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	55 €

Pack allocations

Cure thermale prise en charge par la SS - limité au reste à charge ⁽²⁴⁾	65 %	180 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans - limité au reste à charge	-	500 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾	-	250 €

(1) Le site amel.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérant à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (10) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (11) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (12) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (13) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (14) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (15) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (16) Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (18) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (19) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise) (20) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (21) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (22) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes. (23) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (24) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur. (25) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (26) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale – **€** : euros – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **NC** : Non-connu

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.



MBTP

MBTP SE
Mutuelle du Bâtiment et des
Travaux Publics du Sud-Est

Mutuelle affiliée à la FNMF, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le n° 390 917 953 dont le siège social est situé 5 rue Jean-Marie Chavant 69369 Lyon Cedex 7.
mutuelle-mbtp.com - Janvier 2024



FR340325_03NSCD

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Nobilis 2

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024

PART DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE

GARANTIES MBTP*

SOINS COURANTS

Analyses et examens de laboratoire

Analyses et examens de biologie médicale	60 %	130 % BR - SS
--	------	---------------

Honoraires médicaux

Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :

Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	220 % BR - SS
--	------	---------------

Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	200 % BR - SS
--	------	---------------

Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	130 % BR - SS
---	------	---------------

Honoraires paramédicaux

Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	130 % BR - SS
--	------	---------------

Autres soins courants

Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	130 % BR - SS
---	------	---------------

Médicaments

Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
------------------------	------	---------------

Pharmacie remboursable	30 %
------------------------	------

Pharmacie remboursable	15 %
------------------------	------

Matériel médical

Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 500 €
---	-------	--------------------------

Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	250 % BR - SS
---	------	---------------

HOSPITALISATION

Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité

Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie

Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	250 % BR - SS
--	--------------	---------------

Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	200 % BR - SS
--	--------------	---------------

Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	200 % BR - SS
---	----	---------------

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
--	---	----------

Autre frais d'hospitalisation

Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
---	--------------	---------------

Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
--	---	---------------

Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
--	---	----------

Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	70 €/jour
--	---	-----------

Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	50 €/jour
---	---	-----------

Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	20 €/jour
---	---	-----------

Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	35 €/jour
--	---	-----------

Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours- remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	5 €/jour
---	---	----------






MBTP SE
Mutuelle du Bâtiment et des
Travaux Publics du Sud-Est

Mutuelle affiliée à la FNMF, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le n° 390 917 953 dont le siège social est situé 5 rue Jean-Marie Chavant 69369 Lyon Cedex 7.
mutuelle-mbtp.com - Janvier 2024



FR340325_03NSCD

MBTP VITA CO - Nobilis 2

OPTIQUE ⁽⁹⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	250 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	480 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	540 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	175 €
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	350 €/œil
DENTAIRE ⁽¹³⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	150 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	255 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	300 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	250 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	250 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	300 % BR - SS
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	180 % BR maxi
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	100 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	50 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	200 €/implant 2 implants max
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁸⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁹⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 500 € / oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	25 €/séance 4 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽²⁰⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	40 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	40 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽²⁰⁾⁽²²⁾	-	20 €

Maternité / Contraception

Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	200 €
Fécondation In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS ⁽²³⁾	-	100 €/FIV 2 FIV max
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	100 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	60 €

Pack allocations

Cure thermale prise en charge par la SS - limité au reste à charge ⁽²⁴⁾	65 %	200 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans - limité au reste à charge	-	1 000 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾	-	500 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérant à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (10) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (11) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (12) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile (13) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (14) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (15) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (16) Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (18) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (19) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise) (20) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (21) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (22) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes. (23) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (24) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur. (25) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (26) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale – **€** : euros – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **NC** : Non-connu




*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Nobilis 3

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	150 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	250 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	150 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	150 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 700 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	300 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	250 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	70 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	50 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	20 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	35 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	5 €/jour

MBTP VITA CO - Nobilis 3

OPTIQUE ⁽⁹⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	250 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	480 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	540 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	175 €
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	350 €/œil
DENTAIRE ⁽¹³⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	150 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	300 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	380 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	300 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	300 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	380 % BR - SS
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	230 % BR maxi
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	150 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	60 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	250 €/implant 2 implants max
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁸⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁹⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 700 € / oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	30 €/séance 4 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽²⁰⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	45 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	45 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽²⁰⁾⁽²²⁾	-	30 €

Maternité / Contraception

Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	250 €
Fécondation In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS ⁽²³⁾	-	150 €/FIV 2 FIV max
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	100 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	70 €

Pack allocations

Cure thermale prise en charge par la SS - limité au reste à charge ⁽²⁴⁾	65 %	250 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans - limité au reste à charge	-	1 000 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾	-	500 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérent à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (10) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (11) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (12) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (13) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (14) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (15) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (16) Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (18) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (19) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise) (20) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (21) Concernent les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (22) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes. (23) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (24) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur. (25) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (26) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale – **€** : euros – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **NC** : Non-connu




*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Top 1

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	150 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	250 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	150 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	150 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 700 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	300 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	300 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	80 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	60 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	40 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours- remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	6 €/jour

MBTP VITA CO - Top 1

OPTIQUE ⁽⁹⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	300 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	560 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	630 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	185 €
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	400 €/œil
DENTAIRE ⁽¹³⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	150 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	300 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	380 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	300 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	300 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	380 % BR - SS
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	230 % BR maxi
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	150 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	60 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	250 €/implant 2 implants max
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁸⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁹⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 700 € / oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	30 €/séance 4 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽²⁰⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	45 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	45 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽²⁰⁾⁽²²⁾	-	30 €

Maternité / Contraception

Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	250 €
Fécondation In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS ⁽²³⁾	-	150 €/FIV 2 FIV max
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	100 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	70 €

Pack allocations

Cure thermale prise en charge par la SS - limité au reste à charge ⁽²⁴⁾	65 %	250 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans - limité au reste à charge	-	1 000 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾	-	500 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérent à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (10) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (11) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (12) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (13) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (14) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (15) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (16) Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (18) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (19) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise) (20) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (21) Concernent les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (22) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes. (23) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (24) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur. (25) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (26) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale – **€** : euros – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **NC** : Non-connu

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.



MBTP

MBTP SE
Mutuelle du Bâtiment et des
Travaux Publics du Sud-Est

Mutuelle affiliée à la FNMF, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le n° 390 917 953 dont le siège social est situé 5 rue Jean-Marie Chavant 69369 Lyon Cedex 7.
mutuelle-mbtp.com - Janvier 2024






FR340325_03NSCD

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Top 2

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	150 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	300 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	150 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	150 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 1300 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	350 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	300 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	80 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	60 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	40 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	6 €/jour

MBTP VITA CO - Top 2

OPTIQUE ⁽⁹⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	300 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	560 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	630 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	185 €
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	400 €/œil
DENTAIRE ⁽¹³⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	150 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	350 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	420 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	350 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	350 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	420 % BR - SS
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	280 % BR maxi
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	200 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	70 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	300 €/implant 2 implants max
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁸⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁹⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 800 € / oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	35 €/séance 4 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽²⁰⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	50 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	50 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽²⁰⁾⁽²²⁾	-	30 €

Maternité / Contraception

Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	300 €
Fécondation In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS ⁽²³⁾	-	200 €/FIV 2 FIV max
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	200 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	80 €

Pack allocations

Cure thermale prise en charge par la SS - limité au reste à charge ⁽²⁴⁾	65 %	300 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans - limité au reste à charge	-	2 000 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾	-	1 000 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérent à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (10) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (11) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (12) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (13) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (14) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (15) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (16) Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (18) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (19) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise) (20) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (21) Concernent les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (22) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes. (23) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (24) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur. (25) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (26) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale - **€** : euros - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - **NC** : Non-connu




*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Top 3

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	150 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	300 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	150 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	150 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 1300 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	350 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	400 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	90 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	60 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	45 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	8 €/jour

MBTP VITA CO - Top 3

OPTIQUE ⁽⁹⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	350 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	640 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	720 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	200 €
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	450 €/œil
DENTAIRE ⁽¹³⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	150 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	350 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	420 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	350 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	350 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	420 % BR - SS
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	280 % BR maxi
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	200 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	70 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	300 €/implant 2 implants max
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁸⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁹⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS Plus 800 € / oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	40 €/séance 4 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽²⁰⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	55 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	55 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽²⁰⁾⁽²²⁾	-	40 €

Maternité / Contraception

Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	300 €
Fécondation In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS ⁽²³⁾	-	200 €/FIV 2 FIV max
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	200 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	80 €

Pack allocations

Cure thermale prise en charge par la SS - limité au reste à charge ⁽²⁴⁾	65 %	300 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans - limité au reste à charge	-	2 000 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾	-	1 000 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérent à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (10) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (11) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (12) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (13) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (14) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (15) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (16) Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (18) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (19) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise) (20) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (21) Concernent les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (22) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes. (23) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (24) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur. (25) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (26) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale – **€** : euros – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **NC** : Non-connu

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux


MBTP VITA CO - Top 4

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	150 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	350 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	150 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	150 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 1 500 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	400 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	400 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	90 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	60 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	45 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	8 €/jour

MBTP VITA CO - Top 4

OPTIQUE ⁽⁹⁾

Équipements 100% SANTE

Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
---	------	--

Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B


Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	350 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	640 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	720 € dont 100 € maxi monture

Autres dispositifs de correction optique

Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	200 €
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	450 €/œil

DENTAIRE ⁽¹³⁾

Soins et Prothèses 100% SANTÉ

Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
--	------	--

Soins

Soins dentaires modéré et libre	60 %	200 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	400 % BR - SS

Prothèses


Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	500 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	430 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	430 % BR

Autres dispositifs dentaires

Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	500 % BR - SS
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	380 % BR maxi
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	250 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	80 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	450 €/implant 2 implants max

AIDES AUDITIVES ⁽¹⁸⁾

Équipements 100% SANTÉ

Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
--	------	--

Autres équipements

Équipement de CLASSE II ⁽¹⁹⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 900 € / oreille
---	------	------------------------------------

Autres dispositifs auditifs

Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS
---	------	---------------

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	50 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽²⁰⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	55 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	55 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽²⁰⁾⁽²²⁾	-	40 €

Maternité / Contraception

Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	300 €
Fécondation In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS ⁽²³⁾	-	200 €/FIV 2 FIV max
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	200 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	80 €

Pack allocations

Cure thermale prise en charge par la SS - limité au reste à charge ⁽²⁴⁾	65 %	300 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans - limité au reste à charge	-	2 000 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾	-	1 000 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérent à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (10) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (11) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (12) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (13) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (14) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (15) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (16) Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (18) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (19) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise) (20) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (21) Concernent les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (22) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes. (23) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (24) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur. (25) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (26) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale – **€** : euros – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **NC** : Non-connu

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.



MBTP

MBTP SE
Mutuelle du Bâtiment et des
Travaux Publics du Sud-Est

Mutuelle affiliée à la FNMF, régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le n° 390 917 953 dont le siège social est situé 5 rue Jean-Marie Chavant 69369 Lyon Cedex 7.
mutuelle-mbtp.com - Janvier 2024






FR340325_03NSCD

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Excellio 1

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	150 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	350 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	150 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	150 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 1500 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	400 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	500 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	100 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	60 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	55 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	10 €/jour

MBTP VITA CO - Excellio 1

OPTIQUE ⁽⁹⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	420 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	700 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	800 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	300 €
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	500 €/œil
DENTAIRE ⁽¹³⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	200 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	400 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	500 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	430 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	430 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	500 % BR - SS
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	380 % BR maxi
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	250 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	80 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	450 €/implant 2 implants max
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁸⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁹⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 900 € / oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	50 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽²⁰⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	55 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	55 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽²⁰⁾⁽²²⁾	-	40 €

Maternité / Contraception

Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	300 €
Fécondation In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS ⁽²³⁾	-	200 €/FIV 2 FIV max
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	200 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	80 €

Pack allocations

Cure thermale prise en charge par la SS - limité au reste à charge ⁽²⁴⁾	65 %	300 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans - limité au reste à charge	-	2 000 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾	-	1 000 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérent à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (10) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (11) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (12) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (13) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (14) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (15) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (16) Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (18) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (19) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise) (20) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (21) Concernent les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (22) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes. (23) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (24) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur. (25) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (26) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :




BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale – **€** : euros – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **NC** : Non-connu

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Excellio 2

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	150 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	400 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	150 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	150 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	150 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 2 000 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	500 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	500 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	100 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	60 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	55 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	10 €/jour

OPTIQUE ⁽⁹⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	420 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	700 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	800 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	300 €
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	500 €/œil
DENTAIRE ⁽¹³⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	200 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	500 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	570 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	550 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	470 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	570 % BR - SS
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	470% BR maxi
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	350 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	100 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	500 €/implant 2 implants max
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁸⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁹⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 1100 €/oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Prévention

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	50 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽²⁰⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	55 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	55 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽²⁰⁾⁽²²⁾	-	40 €

Maternité / Contraception

Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	350 €
Fécondation In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS ⁽²³⁾	-	250 €/FIV 2 FIV max
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	200 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	90 €

Pack allocations

Cure thermale prise en charge par la SS - limité au reste à charge ⁽²⁴⁾	65 %	350 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans - limité au reste à charge	-	2 000 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾	-	1 000 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérent à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (10) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (11) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (12) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (13) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (14) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (15) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (16) Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (18) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (19) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise) (20) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (21) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (22) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes. (23) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (24) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur. (25) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (26) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale – **€** : euros – **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale – **NC** : Non-connu




*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA CO - Excellio 3

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/01/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	300 % BR - SS
Honoraires médicaux		
Consultations, visites et téléconsultations - généralistes et spécialistes - Actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie :		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	500 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	200 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	300 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	300 % BR - SS
Médicaments		
Pharmacie remboursable	65 %	100 % BR - SS
Pharmacie remboursable	30 %	
Pharmacie remboursable	15 %	
Matériel médical		
Grand appareillage pris en charge par la SS - exemples : fauteuil roulant, lit médicalisé Forfait supplémentaire en euros ⁽³⁾	100 %	100 % BR - SS + 2 000 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	500 % BR - SS
HOSPITALISATION		
Honoraires chirurgicaux et médicaux y compris maternité		
Chirurgie, anesthésie, réanimation, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie		
Praticiens conventionnés signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	550 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autre frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	-	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	150 €/jour
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	60 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	30 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	60 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	10 €/jour

MBTP VITA CO - Excellio 3

OPTIQUE ⁽⁹⁾		
Équipements 100% SANTE		
Verres et monture de CLASSE A 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements – Forfait pour deux verres et une monture - Verres et monture de CLASSE B		
Forfait monture + verres à simple foyer (verres unifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	420 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	700 € dont 100 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	800 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	300 €
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	600 €/œil
DENTAIRE ⁽¹³⁾		
Soins et Prothèses 100% SANTÉ		
Panier 100% SANTÉ tel que défini réglementairement 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Soins		
Soins dentaires modéré et libre	60 %	300 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modéré et libre	60 %	500 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	570 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modéré et libre pris en charge par la SS	60 %	550 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	500 % BR
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	570 % BR - SS
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	470 % BR maxi
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	350 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	100 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	700 €/implant 2 implants max
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁸⁾		
Équipements 100% SANTÉ		
Équipement de CLASSE I 	60 %	Zéro reste à charge dans la limite du panier 100 % Santé
Autres équipements		
Équipement de CLASSE II ⁽¹⁹⁾ - Appareil auditif Forfait supplémentaire en €/oreille	60 %	100 % BR - SS + 1 300 €/oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES		
Prévention		
Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾		
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue, homéopathe	-	60 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽²⁰⁾ - exemple : gommes à mâcher, patchs anti-tabac, cigarette électronique hors recharge, séances d'acupuncture, d'hypnose ou coaching pour l'arrêt du tabac (si précision pour sevrage tabagique)	-	55 €
Vaccins/médicaments homéopathiques/préparations magistrales homéopathiques prescrits non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	65 €
Complément santé et prévention des jambes : collants/chaussettes à compression modérée non prescrits et non pris en charge par la SS et exclusivement achetés en pharmacie ⁽²⁰⁾⁽²²⁾	-	45 €
Maternité / Contraception		
Allocation maternité par enfant (sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption)	-	500 €
Fécondation In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS ⁽²³⁾	-	300 €/FIV 2 FIV max
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	200 €
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²³⁾	-	100 €
Pack allocations		
Cure thermale prise en charge par la SS - limité au reste à charge ⁽²⁴⁾	65 %	500 €
Allocation obsèques en cas de décès de l'assuré ou de ses ayants droit à l'exclusion d'un enfant de moins de 12 ans - limité au reste à charge	-	3 000 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾	-	1 500 €

(1) Le site ameli.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée de Chirurgie et d'Obstétrique (OPTAM-CO). (2) Le remboursement des honoraires des praticiens non conventionnés se fait sur la base du tarif d'autorité de la Sécurité sociale. (3) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (4) Exclusion des frais journaliers en établissements long séjour comme les EHPAD, les MAS et les FAM. (5) Limite par an et par bénéficiaire : 15 jours pour l'hospitalisation ambulatoire. S'entend par année civile. (6) Concernent les établissements adhérant à la Fédération des maisons d'accueil hospitalière et la maison du répit de Lyon. La prise en charge est limitée à 15 jours par séjour. (7) Limite à 15 jours par hospitalisation. (8) Dans la limite de 900 € par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (9) Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement : après une période minimale de deux ans pour les adultes, d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. (10) Les forfaits équipement optique intègrent le remboursement SS. Les types de verre (simples foyers, complexes, très complexes) sont détaillés dans la notice d'information. En cas d'équipement mixte (2 verres de types différents) se référer à la notice d'information pour connaître les modalités de calcul du remboursement. (11) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale. (12) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (13) Les actes pris en charge par les différents paniers sont détaillés dans la notice d'information. Equipement panier modéré : Les remboursements des soins, prothèses et inlay-core sont limités aux HLF (Honoraires Limites de Facturation) tels que définis réglementairement. (14) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (15) Dans la limite de 1000 €/an/bénéficiaire. S'entend par année civile. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (16) Dans la limite de 900 €/semestre/bénéficiaire et de 4 semestres. Le remboursement s'effectue sur la base d'une BR reconstituée dans les conditions et limites définies dans votre notice d'information. (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (18) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive est possible à compter de la dernière prise en charge (date d'achat) du précédent équipement après une période minimale de 4 ans. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. (19) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise). (20) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (21) Concerne les séances non prises en charge par la Sécurité sociale. Limite du nombre de séances commune à l'ensemble des professionnels de santé du Kit confort. (22) Remboursement sur facture nominative : complément santé et prévention des jambes. (23) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (24) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. Le montant versé sera proratisé suivant le nombre effectif de jours de cure. Il inclut le ticket modérateur. (25) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (26) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie.

Lexique :

BR : Base de Remboursement – **FR** : Frais Réels – **SS** : Sécurité Sociale - **€** : euros - **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale - **NC** : Non-connu

*Les remboursements sont donnés sous réserve du respect du parcours de soins et incluent le remboursement SS. Le remboursement total (SS + Complémentaire) ne peut excéder les frais réels engagés. Seuls les actes décrits dans le présent tableau de garanties font l'objet d'un remboursement : conditions, pièces à fournir et limites définies dans votre règlement mutualiste. Votre contrat prend en charge 100% de la BR des prestations liées à la prévention dont la liste figure au sein de votre règlement mutualiste. Le plafond de prise en charge des dépenses médicales effectuées lors d'un séjour à l'étranger est de 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.