




Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA SINGULA - Basis 1

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	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 à 65 %	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
Autres 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 VITA SINGULA - Basis 1

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 % BR - SS
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽⁵⁾	60 %	100 % BR - SS
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽⁵⁾	65 %	100 % BR - SS
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 des paniers modérés et libres	60 %	100 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	100 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽⁷⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽⁷⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	100 % 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.



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_01LKHQ

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA SINGULA - Basis 2

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	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 %	150 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	130 % 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 %	
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 %	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 %	150 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	130 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	140 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autres 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/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	20 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	20 €/jour



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_01LKHQ

MBTP VITA SINGULA - Basis 2

OPTIQUE ⁽⁷⁾

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) ⁽⁸⁾	60 %	100 € dont 30 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽⁸⁾	60 %	200 € dont 30 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽⁸⁾	65 %	200 € dont 30 € maxi monture

Autres dispositifs de correction optique

Lentilles prises en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS
--------------------------------------	------	---------------

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 des paniers modérés et libres	60 %	100 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	120 % BR - SS

Prothèses


Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁰⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	150 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁰⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	120 % BR - SS

Autres dispositifs dentaires

Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	150 % BR - SS
---------------------------------------	-------	---------------

AIDES AUDITIVES ⁽¹¹⁾

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 ⁽¹²⁾ - 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
---	------	---------------

MBTP VITA SINGULA - Basis 2

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Kit confort ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiopathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	-	15 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹³⁾ - 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 prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹³⁾	-	15 €
Allocation naissance ou adoption d'enfant de moins de 7 ans	-	100 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾	-	250 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	50 €

(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) 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. (8) 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. (9) 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. (10) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (11) 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. (12) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise). (13) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (14) 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. (15) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie (16) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie. (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

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 SINGULA - Bene

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	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 %	200 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	180 % 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 %	200 % 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 %	200 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	180 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	170 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autres 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	-	50 €/jour/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
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
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - Remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	4 €/jour



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_01LKHQ

MBTP VITA SINGULA - Bene

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 80 € maxi monture
--	------	------------------------------

Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	350 € dont 80 € maxi monture
---	------	------------------------------

Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	400 € dont 80 € maxi monture
--	------	------------------------------

Autres dispositifs de correction optique

Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	125 €
---	------	-------

DENTAIRE ⁽¹²⁾

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 des paniers modérés et libres	60 %	120 % BR - SS
-------------------------------------	------	---------------

Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	150 % BR - SS
---	------	---------------

Prothèses

Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹³⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	250 % BR - SS
--	------	---------------

Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹³⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	150 % BR - SS
---	------	---------------

Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁴⁾	-	100 €
--	---	-------

Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	-	500 € 1 ^{ère} année 800 € 2 ^e année et suivantes
--	---	---

Autres dispositifs dentaires

Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	200 % BR - SS
---------------------------------------	-------	---------------

Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire

Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	100 €
--	---	-------

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
---	------	---------------

MBTP VITA SINGULA - Bene

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Kit confort ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étio-pathe, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	-	20 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁸⁾ - 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)	-	30 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹⁸⁾	-	20 €
Allocation naissance ou adoption d'enfant de moins de 7 ans	-	150 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	250 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²²⁾	-	55 €

(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) 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. (13) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (14) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année d'adhésion. (15) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (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) 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. (20) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie. (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.

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 SINGULA - Melius 1

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	PART DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	GARANTIES MBTP*
SOINS COURANTS		
Analyses et examens de laboratoire		
Analyses et examens de biologie médicale	60 %	140 % 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 %	210 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	190 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	70 %	140 % BR - SS
Honoraires paramédicaux		
Professionnels de santé pris en charge par la SS : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens	60 %	140 % BR - SS
Autres soins courants		
Frais de transport pris en charge par la SS	55 %	140 % 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 + 400 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	210 % 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
Autres 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	-	55 €/jour/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	35 €/jour
Frais de séjour en maisons d'accueil hospitalières ⁽⁶⁾	-	25 €/jour
Nuitée d'accompagnement : lit + repas du soir (enfant de - de 16 ans et adulte de + de 70 ans) ⁽⁷⁾	-	25 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - Remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	4 €/jour



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_01LKHQ

MBTP VITA SINGULA - Melius 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 %	250 € 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 %	500 € dont 100 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	150 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	-	250 €/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 des paniers modérés et libres	60 %	150 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	200 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	350 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	250 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	200 €
Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	-	700 € 1 ^{ère} année 1 000 € 2 ^e année et suivantes
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	320 % BR - SS
Garanties supplémentaires à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	300 €
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	150 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	50 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	250 €/implant 2 implants/an

MBTP VITA SINGULA - Melius 1

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 + 400 €/oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES		
Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾		
Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	-	25 €/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)	-	35 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	30 €
Allocation naissance ou adoption d'enfant de moins de 7 ans	-	175 €
Fécondations In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS - 2 FIV max ⁽²²⁾	-	75 €/FIV
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²³⁾⁽²⁴⁾	-	350 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²⁵⁾	-	60 €

(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 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. Équipement 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), (16) et (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) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (23) Remboursement sur facture nominative : complément sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie. (24) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (25) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile.

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 SINGULA - Melius 2

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	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 %	220 % 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 + 500 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	220 % 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
Autres 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/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	40 €/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⁾	-	30 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - Remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	4 €/jour



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_01LKHQ


MBTP VITA SINGULA - Melius 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 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
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 des paniers modérés et libres	60 %	150 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	200 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	350 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	250 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	200 €
Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	-	700 € 1 ^{ère} année 1 000 € 2 ^e année et suivantes
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	320 % BR - SS
Garanties supplémentaires à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	300 €
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	150 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	50 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	250 €/implant 2 implants/an

MBTP VITA SINGULA - Melius 2

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

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	-	30 €/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)	-	40 €
--	---	------

Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	35 €
---	---	------

Allocation naissance ou adoption d'enfant de moins de 7 ans	-	200 €
---	---	-------

Fécondations In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS - 2 FIV max ⁽²⁰⁾	-	100 €/FIV
--	---	-----------

Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	100 €
--	---	-------

Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²²⁾⁽²³⁾	-	500 €
---	---	-------

Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire

Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²⁴⁾	-	60 €
--	---	------

(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. Équipement 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), (16) et (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 sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie. (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.

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_01LKHQ

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA SINGULA - Plenum 1

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	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 %	220 % 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 + 500 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	220 % 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
Autres 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/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	40 €/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⁾	-	30 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - Remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	4 €/jour



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_01LKHQ


MBTP VITA SINGULA - Plenum 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 %	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 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	non-remboursé	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 des paniers modérés et libres	60 %	180 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	250 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	450 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	350 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	300 €
Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	-	800 € 1 ^{ère} année 1 200 € 2 ^e année et suivantes
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	450 % BR - SS
Garanties supplémentaires à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	400 €
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	200 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	50 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	500 €/implant 2 implants/an

MBTP VITA SINGULA - Plenum 1

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

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	-	30 €/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)	-	40 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	35 €
Allocation naissance ou adoption d'enfant de moins de 7 ans	-	200 €
Fécondations In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS - 2 FIV max ⁽²⁰⁾	-	100 €/FIV
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	100 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²²⁾⁽²³⁾	-	500 €
Garanties supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²⁴⁾	-	60 €

(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 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. Équipement 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), (16) et (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 sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie. (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.

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_01LKHQ

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA SINGULA - Plenum 2

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	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 + 1 000 €
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
Autres 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/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	45 €/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



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_01LKHQ


MBTP VITA SINGULA - Plenum 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 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	non-remboursé	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 des paniers modérés et libres	60 %	180 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	250 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	450 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	350 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	300 €
Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	-	800 € 1 ^{ère} année 1 200 € 2 ^e année et suivantes
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	450 % BR - SS
Garanties supplémentaires à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	400 €
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	200 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	50 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	500 €/implant 2 implants/an

MBTP VITA SINGULA - Plenum 2

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

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	-	40 €/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)	-	50 €
--	---	------

Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	45 €
---	---	------

Allocation naissance ou adoption d'enfant de moins de 7 ans	-	350 €
---	---	-------

Fécondations In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS - 2 FIV max ⁽²⁰⁾	-	250 €/FIV
--	---	-----------

Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	200 €
--	---	-------

Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²²⁾⁽²³⁾	-	1 000 €
---	---	---------

Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire

Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²⁴⁾	-	70 €
--	---	------

(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. Équipement 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), (16) et (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 sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie. (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.

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_01LKHQ

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA SINGULA - Optimum 1

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	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 + 1 000 €
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⁾		300 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾		200 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾		200 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	80 %	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné		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/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾		45 €/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



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_01LKHQ


MBTP VITA SINGULA - Optimum 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 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	non-remboursé	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 des paniers modérés et libres	60 %	200 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	300 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	570 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	470 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	300 €
Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	-	1 000 € 1 ^{ère} année 1 500 € 2 ^e année et suivantes
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	500 % BR - SS
Garanties supplémentaires à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	500 €
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	350 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	50 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	700 €/implant 2 implants/an

MBTP VITA SINGULA - Optimum 1

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

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	-	40 €/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)	-	50 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	45 €
Allocation naissance ou adoption d'enfant de moins de 7 ans	-	350 €
Fécondations In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS - 2 FIV max ⁽²⁰⁾	-	250 €/FIV
Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	200 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²²⁾⁽²³⁾	-	1 000 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²⁴⁾	-	70 €

(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. Équipement 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), (16) et (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 sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie. (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.

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_01LKHQ

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA SINGULA - Optimum 2

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024

	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 + 2 000 €
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
Autres frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	80 % à 100 %	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	100 €/jour/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	50 €/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⁾	-	50 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - Remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	10 €/jour



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_01LKHQ


MBTP VITA SINGULA - Optimum 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 %	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 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
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 des paniers modérés et libres	60 %	200 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	300 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	570 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	470 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	300 €
Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	-	1 000 € 1 ^{ère} année 1 500 € 2 ^e année et suivantes
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	500 % BR - SS
Garanties supplémentaires à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	500 €
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	350 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	50 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	700 €/implant 2 implants/an

MBTP VITA SINGULA - Optimum 2

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 + 1 100 €/oreille
---	------	------------------------------------

Autres dispositifs auditifs

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

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

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	-	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)	-	50 €
--	---	------

Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	45 €
---	---	------

Allocation naissance ou adoption d'enfant de moins de 7 ans	-	400 €
---	---	-------

Fécondations In Vitro (FIV) non prises en charge par la SS - 2 FIV max ⁽²⁰⁾	-	300 €/FIV
--	---	-----------

Amniocentèse non prise en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	200 €
--	---	-------

Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²²⁾⁽²³⁾	-	1 500 €
---	---	---------

Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire

Contraception prescrite et non prise en charge par la SS ⁽²⁴⁾	-	80 €
--	---	------

(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. Équipement 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), (16) et (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 sur prothèse capillaire ou prothèse mammaire, lingerie post-mastectomie. (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.

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_01LKHQ

Vos garanties - Régime complémentaire frais médicaux

MBTP VITA SINGULA - Senior 1

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	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 %	150 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	70 %	130 % 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 %	
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 %	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 %	200 % BR - SS
Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽¹⁾	80 % à 100 %	180 % BR - SS
Praticiens non conventionnés ⁽²⁾	NC	170 % BR - SS
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier et forfait urgences en établissement hospitalier ⁽⁴⁾	-	100 % FR
Autres frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	80 % à 100 %	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	50 €/jour/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
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
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - Remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	4 €/jour



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_01LKHQ

MBTP VITA SINGULA - Senior 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 %	100 € dont 30 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	200 € dont 30 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	200 € dont 30 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS
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 des paniers modérés et libres	60 %	120 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	150 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹²⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	250 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹²⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	150 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹³⁾	-	100 €
Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	-	500 € 1 ^{ère} année 800 € 2 ^e année et suivantes
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	200 % BR - SS
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁴⁾	-	100 €
AIDES AUDITIVES ⁽¹⁵⁾		
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 ⁽¹⁶⁾ - 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

MBTP VITA SINGULA - Senior 1

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Kit confort ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	-	30 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁷⁾ - 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 prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	35 €
Cure thermale prise en charge par la SS et limitée au reste à charge ⁽¹⁹⁾	-	250 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	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) 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. (12) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (13) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année d'adhésion. (14) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (15) 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. (16) Le remboursement total des aides auditives de classe II est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller (Sécurité sociale comprise). (17) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (18) 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. (19) 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. (20) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (21) 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 SINGULA - Senior 2

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	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 %	220 % 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 + 500 €
Petit appareillage pris en charge par la SS - exemples : orthopédie, prothèses mammaires, prothèse capillaire	60 %	220 % 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
Autres frais d'hospitalisation		
Frais de séjour en établissement conventionné	80 % à 100 %	100 % FR - SS
Frais de séjour en établissement non conventionné ⁽²⁾	80 % à 100 %	100 % BR - SS
Participation aux actes médicaux supérieurs à 120€	-	100 % FR
Chambre particulière y compris maternité, hors hospitalisation ambulatoire	-	60 €/jour/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	40 €/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⁾	-	30 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - Remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	4 €/jour



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_01LKHQ

MBTP VITA SINGULA - Senior 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 %	200 € dont 80 € maxi monture
Forfait monture + verres complexes (verres unifocaux à forte correction, verres progressifs ou multifocaux) ⁽¹⁰⁾	60 %	350 € dont 80 € maxi monture
Forfait monture + verres très complexes (verres multifocaux et progressifs à forte correction) ⁽¹⁰⁾	65 %	400 € dont 80 € maxi monture
Autres dispositifs de correction optique		
Lentilles prises en charge ou non par la SS ⁽¹¹⁾	60 %	125 €
DENTAIRE ⁽¹²⁾		
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 des paniers modérés et libres	60 %	120 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	150 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹³⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	250 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹³⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	150 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁴⁾	-	100 €
Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	-	500 € 1 ^{ère} année 800 € 2 ^e année et suivantes
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	200 % BR - SS
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	100 €
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 + 500 €/oreille
Autres dispositifs auditifs		
Piles acoustiques, entretien et réparation pris en charge par la SS	60 %	100 % BR - SS

MBTP VITA SINGULA - Senior 2

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Kit confort ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	-	30 €/séance 5 séances maxi
Sevrage tabagique ⁽¹⁸⁾ - 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 prescrits et non pris en charge par la SS ⁽¹⁸⁾	-	35 €
Cure thermale prise en charge par la SS et limitée au reste à charge ⁽²⁰⁾	-	250 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²¹⁾⁽²²⁾	-	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) 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. (13) Joindre une facture détaillant les numéros de dents. Se référer à la notice d'information concernant la position de la dent. (14) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année d'adhésion. (15) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (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) 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. (20) 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. (21) Montant maximum de prestation par an et par bénéficiaire : s'entend par année civile. (22) 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 SINGULA - Senior 3

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	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 + 1 000 €
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
Autres 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/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	45 €/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



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_01LKHQ


MBTP VITA SINGULA - Senior 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 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	non-remboursé	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 des paniers modérés et libres	60 %	150 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	200 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	350 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	250 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	200 €
Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	-	700 € 1 ^{ère} année 1 000 € 2 ^e année et suivantes
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	320 % BR - SS
Garanties supplémentaires à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	300 €
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	150 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	50 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	250 €/implant 2 implants/an

MBTP VITA SINGULA - Senior 3

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

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	-	40 €/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)	-	50 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	45 €
Cure thermale prise en charge par la SS et limitée au reste à charge ⁽²²⁾	-	350 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²³⁾⁽²⁴⁾	-	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. Équipement 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), (16) et (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 équiper (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) 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 SINGULA - Senior 4

PRESTATIONS GARANTIES - Applicables au 01/04/2024	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 + 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
Autres 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/bénéficiaire 30 jrs/an/bénéficiaire psychiatrie 180 jrs/an/bénéficiaire autres séjours
Chambre particulière - hospitalisation ambulatoire ⁽⁵⁾	-	50 €/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⁾	-	50 €/jour
Télévision/téléphone si hospitalisation >= 15 jours - Remboursement dès le 15 ^{ème} jour ⁽⁸⁾	-	10 €/jour



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_01LKHQ

MBTP VITA SINGULA - Senior 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 %	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 €
Garantie supplémentaire à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Chirurgie réfractive ⁽¹²⁾	non-remboursé	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 des paniers modérés et libres	60 %	180 % BR - SS
Inlays-onlays des paniers modérés et libres	60 %	250 % BR - SS
Prothèses		
Prothèses fixes, inlay-core sur dents visibles ⁽¹⁴⁾ ou appareils dentaires amovibles des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	450 % BR - SS
Prothèses fixes, inlay-core sur dents non visibles ⁽¹⁴⁾ des paniers modérés et libres pris en charge par la SS	60 %	350 % BR - SS
Prothèses non prises en charge par la SS ⁽¹⁵⁾	-	300 €
Plafond dentaire unique commun à l'ensemble des actes référencés. Au-delà du forfait en euros qui s'entend par année d'adhésion, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale.	-	800 € 1 ^{ère} année 1 200 € 2 ^e année et suivantes
Autres dispositifs dentaires		
Orthodontie prise en charge par la SS	100 %	450 % BR - SS
Garanties supplémentaires à compter de la 2^{ème} année d'adhésion du bénéficiaire		
Orthodontie non prise en charge par la SS ⁽¹⁶⁾	-	400 €
Parodontologie non prise en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	200 €
Scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la SS ⁽¹⁷⁾	-	50 €
Forfait implantologie ⁽¹⁷⁾	-	500 €/implant 2 implants/an

MBTP VITA SINGULA - Senior 4

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

Kit confort ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, étiope, chiropracteur, diététicien/nutritionniste, psychomotricien, psychologue	-	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)	-	50 €
Vaccins prescrits et non pris en charge par la SS ⁽²⁰⁾	-	45 €
Cure thermale prise en charge par la SS et limitée au reste à charge ⁽²²⁾	-	400 €
Complément équipements post cancer : Post rayons/chimio prestations pour améliorer le bien-être de l'assuré ⁽²³⁾⁽²⁴⁾	-	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 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. Équipement 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), (16) et (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 équiper (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) 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.



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_01LKHQ