

## Vos remboursements en plus de votre régime obligatoire et de votre complémentaire santé !

(dans la limite des frais engagés)

GARANTIES	TALIS	TALIS+
<b>HOSPITALISATION MEDICALE &amp; CHIRURGICALE (1)</b>		
Remboursement supplémentaire dans la limite des frais engagés		
<b>Dépassements sur les honoraires chirurgicaux</b>	50%	100%
Chambre Particulière	20€ / jour	30€ / jour
(1) Les frais prise en charge concernent les hospitalisations en hôpital ou clinique conventionné(e) ou non. La chambre particulière est prise en charge dans la limite de 90 jours par an pour les hospitalisations médicales et chirurgicales et de 30 jours par an pour les placements psychiatriques.		
<b>SOINS COURANTS</b>		
<b>Consultations, visites de généralistes ou spécialistes</b>	25%	50%
Audioprothèse ce montant est exprimé, par prothèse dans la limite d'une prothèse par oreille et par an.	-	100 €
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Prothèses remboursées par la sécurité sociale</b>	50€ par dent	100€ par dent
Prothèses non remboursées par la sécurité sociale	100€ par dent	150€ par dent
Implantologie	200€ par implant	300€ par implant
Travaux parodontiques et endodontiques non remboursés	100€ par acte	150€ par acte
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	100€ par semestre	200€ par semestre
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	100€ par semestre	150€ par semestre
<i>Plafond dentaire (le plafond en frais dentaires s'entend hors soins)</i>	800 €/an	1300€/an
<b>OPTIQUE</b>		
<b>Monture</b>	50€ par monture	100€ par monture
<b>Verres simples</b>	20€ par verre	30€ par verre
<b>Verres progressifs</b>	50€ par verre	75€ par verre
Le remboursement optique est limité à un équipement lunettes (une monture + 2 verres) par an pour les adultes et à 2 équipements par an pour les enfants.		
Lentilles remboursée ou non par la sécurité sociale	25€ / an	50€ / an
Chirurgie réfractive - forfait par œil et par an	100€ par œil	150€ par œil
<b>Pack médicament</b>		
Sevrage tabagique prescrit (substituts nicotiniques, traitements médicamenteux)		
Vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale	25€ par an	50€ par an
Autre pharmacie prescrite non remboursée (homéopathie, etc.)		
<b>Pack consultations</b>		
Consultation d'homéopathe, diététicien, orthophoniste, psychologue, podologue, pédicure		
Actes d'ostéopathie, chiropractie, réflexologie, acupuncture, médecine chinoise, ayurveda, shiatsu, yoga, auriculothérapie.	15€ / séance dans la limite de 3 séances par an	20€ / séance dans la limite de 3 séances par an
Thalassothérapie		
Ostéodensitométrie		

Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la base du tarif de responsabilité (tarif de convention en secteur conventionné, tarif d'autorité en secteur non conventionné). Elles sont accordées dans la limite des frais réels. Un seul niveau doit être souscrit pour une même famille. Les montants en euros figurant dans ce tableau représentent des plafonds versés en sus du remboursement éventuel du régime obligatoire et de la complémentaire santé principale, dans la limite des frais réels.

### DEFINITION DES PRESTATIONS

Les contrats santé TALIS et TALIS + couvre les frais médicaux occasionnés par une maladie, une maternité, ou un accident ayant fait l'objet d'un remboursement au titre d'un régime obligatoire français et d'un remboursement préalable au titre d'un régime complémentaire. Les prestations du contrat font l'objet de limites exposées dans la grille de prestations. Les frais médicaux doivent correspondre à des soins reçus postérieurement à la date de prise d'effet du contrat. Les remboursements dus au titre du présent contrat ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et ne couvrent ni la participation forfaitaire ni les franchises laissées à la charge de l'assuré par la Sécurité sociale (article L322-2 du code de la Sécurité sociale.)

### DELAI DE CARENCE

Aucun délai de carence n'est appliqué aux garanties du présent contrat.

### GRILLE DE PRESTATIONS

Les prestations exposées dans la grille de prestations ci-après sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, remboursements des régimes obligatoires et complémentaire exclus. Elles peuvent également être exprimées en forfait. Dans tous les cas, les prestations sont exprimées dans la limite des rai réellement engagés et sont toujours payées en France et en euros.

### Hospitalisation

La prise en charge des frais d'hospitalisation couvre l'ensemble des frais expressément mentionnés dans la grille de prestation pour les hospitalisations réalisées en hôpital ou clinique, conventionnés ou non.

La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 90 jours par an pour les hospitalisations médicales ou chirurgicales et à 30 jours par an pour les hospitalisations psychiatriques.

### Audioprothèses

Le remboursement de l'audioprothèse lorsqu'il est prévu par la garantie est limité à une prothèse par oreille et par an.

### Dentaire

Les remboursements dentaires sont soumis à un plafond annuel global hors soins dentaires dont le montant est précisé dans la grille de prestations.

### SERVICES Associés

Le membre participant et les ayants droits ne peuvent bénéficier des services de tiers-payant.

### Optique

Les prestations ne couvrent dans tous les cas qu'une paire de lunettes par personne et par an. Les verres corrigeant un défaut visuel de vue basse reconnue (sphère supérieure ou égale à - 10.25 dioptries ou inférieures ou égales à - 10.25 dioptries sont assimilés à des verres progressifs. Seuls sont pris en compte les verres, montures, lentilles cornéennes inscrites à la liste des produits et prestations (LPP).

### Pack médicaments

Seule la pharmacie prescrite non remboursée fait l'objet de la garantie.

### Pack consultations

Les soins assurés en homéopathie et en acupuncture doivent être proposés par des médecins appartenant à l'ordre des médecins.

Les soins couverts en ostéopathie et chiropractie doivent être assurés par des personnes inscrites sur les listes préfectorales existantes.

Les soins proposés par un diététicien, un orthophoniste, un orthoptiste, un pédicure ou un podologue doivent être assurés par une personne ayant la qualité d'auxiliaire médical.

### COTISATIONS

**L'âge se calcule toujours par différence entre l'année en cours et l'année de naissance.**

Le montant de la cotisation mensuelle et le la périodicité de paiement choisie figure sur le certificat d'adhésion.

Les modalités de révisions figurent au règlement mutualiste santé de la Mutuelle.

**\*La limite annuelle, pour toutes les prestations, s'entend par année civile** c'est-à-dire la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre de chaque année ou lors de la primo adhésion entre la date de prise d'effet de la garantie et le 31 décembre de l'année. **Les pourcentages indiqués dans le tableau des garanties sont appliqués aux tarifs fixés** (base de remboursement = BR, tarif de convention = TC, tarif de responsabilité = TR, tarif forfaitaire de responsabilité = TFR) par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en vigueur au 1er janvier de l'année en cours. Toute évolution des règles de remboursement des Régimes Obligatoires Français d'Assurance Maladie (CCAM, tarification à l'activité, baisse de remboursement....) pourra entraîner des modifications de nos prestations.