

[www.mutuellemgpa.fr](http://www.mutuellemgpa.fr)

GARANTIE HYPER est un produit de la gamme de Contrat d'Assurance Individuelle  
Montant des prestations dans le parcours de soins coordonnés.

La participation forfaitaire de 1 euro prévue à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité Sociale et les franchises médicales ne sont pas remboursables

BR : Base de remboursement du Régime Obligatoire

Les niveaux de remboursement ci-dessous sont à considérer "y compris Sécurité sociale (SS)", hormis pour les forfaits en euros des équipements d'optique médicale (1 monture + 2 verres) qui incluent systématiquement la prise en charge du ticket modérateur et qui sont à considérer "en complément de la Sécurité sociale (SS)".

Liste des prestations garanties	Remboursement du Régime Obligatoire (RO) en % du tarif de convention	Contrat d'assurance individuelle Complémentaire Frais de Santé - Responsable
<b>SOINS COURANTS</b>		
Consultations, visites <sup>(1)(2)</sup>	70%	125% BR - DPTAM / 100% BR - NON DPTAM
Médecins spécialistes <sup>(1)(2)</sup>	70%	125% BR - DPTAM / 100% BR - NON DPTAM
Actes techniques médicaux <sup>(1)(2)</sup>	70%	125% BR - DPTAM / 100% BR - NON DPTAM
Auxiliaires médicaux	60%	100% BR
Analyses et examens de laboratoire	60%	100% BR
Imagerie médicale <sup>(1)</sup>	70%	100% BR
Médicaments : vignettes blanches, bleues, oranges	65% 30% 15%	100% BR
Matériel médical	60%	100% BR
<b>HOSPITALISATION</b>		
<b>Médecine - Chirurgie - Obstétrique</b>		
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée) <sup>(3)</sup>	-	Remboursement intégral
Honoraires médicaux en établissements conventionnés <sup>(1)</sup>	80%	110% BR - DPTAM / 100% BR - NON DPTAM
Honoraires médicaux en établissements non conventionnés <sup>(1)(2)</sup>	80%	110% BR - DPTAM / 100% BR - NON DPTAM
Frais de structure et de soins en établissements conventionnés	80%	100% BR
Frais de structure et de soins en établissements non conventionnés (limité à 90% des frais réels) <sup>(2)</sup>	80%	100% BR
Chambre particulière (par jour limité à 90 jours)	-	35 €
Lit d'accompagnant (par jour, pour enfant de moins de 14 ans)	-	14 €
Forfait accouchement	-	250 €
<b>DENTAIRE</b>		
Soins et Prothèses 100% Santé	70%	Frais réels
Prothèses dentaires remboursées par le RO <sup>(4)</sup>		
• Panier Tarifs maîtrisés	70%	250% BR
• Panier Tarifs libres	70%	250% BR
Consultations et soins dentaires	70%	100% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO (forfait annuel par bénéficiaire)	-	200 €
Implantologie (forfait annuel par bénéficiaire)	-	250 €/Implant dans la limite de 500 €
Orthodontie remboursée par le RO	70% - 100%	270% BR
Parodontologie (forfait annuel par bénéficiaire)	-	200 €
<b>OPTIQUE (par période de prise en charge de 2 ans**) <sup>(5)(6)</sup></b>		
Equipements 100% santé*	60%	Frais réels
Lentilles (par paire) remboursées par le RO (forfait annuel par bénéficiaire)	60%	250 €
Lentilles (par paire) non remboursées par le RO (forfait annuel par bénéficiaire)	-	50 €
Chirurgie réfractive (par an et par bénéficiaire)	-	200 €
Equipements à tarif libre (dont 100 € maximum pour la monture)		
Equipements à tarif libre (monture - verres simples)	60%	315 €
Equipements à tarif libre (monture - verres complexes)	60%	315 €
Equipements à tarif libre (monture - verres très complexes)	60%	335 €
Equipements à tarif libre (monture - 1 verre simple + 1 verre complexe)	60%	315 €
Equipements à tarif libre (monture - 1 verre simple + 1 verre très complexe)	60%	315 €
Equipements à tarif libre (monture - 1 verre complexe + 1 verre très complexe)	60%	335 €
<b>Suppléments et prestations</b>		
Suppléments et prestations optique 100% santé*	60%	Frais réels
Adaptation de la correction visuelle	60%	100% BR
Appairage (forfait annuel)		20 €
Verres avec filtre	60%	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)		100% BR
<b>AIDES AUDITIVES <sup>(7)</sup> (limite sur 4 ans par oreille <sup>(8)</sup>)</b>		
Equipement 100% Santé*	60%	Frais réels
Aides auditives à tarifs libres	60%	450 € / 900 €
Consommables, Piles ou Accessoires <sup>(9)</sup>	60%	100% BR
<b>ORTHOPÉDIE - TRANSPORT</b>		
Orthèses - Prothèses	60%	100% BR
Transport	65%	100% BR
<b>CURES THERMALES (prises en charge R.O)</b>		
Honoraires médicaux	70%	100% BR
Frais de cure / Thalassothérapie	65%	100% BR
Hébergement et transport (forfait annuel par bénéficiaire)	65%	150 €
<b>PRÉVENTION (Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale)</b>		
Actes de prévention mentionnés à l'arrêté du 08/06/2006 <sup>(10)</sup>	-	100% BR

PRÉVENTION COMPLÉMENTAIRE MGPA (2 actes de prévention gratuits par an)		
Vaccins <sup>(11)</sup> <i>(sur présentation de la facture)</i>	-	Frais réels
Actes d'ostéodensitométrie <i>(femme de plus de 50 ans)</i>	-	Frais réels
1er Bilan de la communication et du langage oral <i>(enfant de moins de 14 ans)</i>	-	Frais réels
Autres services		
Assistances (voir conditions et modalités dans les notices d'informations)		
<b>Assistance Domicile</b> : mise à disposition de services d'aides pour la vie quotidienne (aide ménagère, portage de repas, ...), le soutien familial (présence de proche du patient bénéficiaire, garde d'enfants, ...), le soutien psychologique.		
<b>Assistance Déplacement</b> : prise en charge de l'adhérent en cas de maladie ou d'accident au cours d'un déplacement (Personnel ou Professionnel) en dehors du territoire/pays d'habitation.		
<b>Assistance dépendance "Aidant-Aidé"</b> : lorsque l'adhérent devient aidant ou aidé, mise à disposition d'informations, conseils et formations pour l'aidant; organisation d'un relais en cas d'indisponibilité de l'aidant. Des outils tels que la télé-assistance et le maintien à domicile de l'aidé sont également proposés.		
<b>Assistance e-s@nteMGPA</b> : service 3 en 1 avec une plateforme téléphonique et un portail internet permettant d'avoir un suivi complet de sa santé. Gestion des vaccins, examens et dépistages, téléconsultation avec un médecin généraliste/specialiste. Accompagnement pré/post hospitalisation avec des entretiens téléphoniques encadrés par une infirmière.		

\*Tels que définis réglementairement

\*\*Sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue

<sup>(1)</sup> Une baisse de 20% sera appliquée sur la prise en charge des dépassements d'honoraires si votre médecin n'a pas adhéré au DPTAM.

Les dépassements tarifaires des médecins sont pris en charge au maximum à 100 % de la Base de Remboursement sauf pour les médecins ayant adhéré au DPTAM.

<sup>(2)</sup> En secteur non conventionné la garantie est limitée à 90% des frais réels et les remboursements sont exprimés en pourcentage du tarif d'autorité

<sup>(3)</sup> A noter que dans le cadre des établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), le nombre de jours de prise en charge est limité à 90. Ceci est en accord avec l'Instruction N° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

<sup>(4)</sup> Voir annexe 1 "DENTAIRE 100% Santé ou RAC 0 ou RAC nul"

<sup>(5)</sup> Voir annexe 2 "OPTIQUE 100% Santé ou RAC 0 ou RAC nul"

<sup>(5)</sup> Voir annexe 2 bis : Zoom sur les verres

<sup>(6)</sup> Notez que le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu réglementairement.

Le renouvellement des équipements d'optique s'effectue dans les conditions fixées par l'arrêté du 03/12/2018, reprise par l'Instruction DSS citée ci-dessus.

<sup>(7)</sup> Voir annexe 3 "AUDIO 100% Santé ou RAC 0 ou RAC nul"

<sup>(7)</sup> Prise en charge des frais, dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) fixés selon la réglementation en vigueur à la date des soins effectués par la bénéficiaire.

Pour le remboursement des frais d'acquisition d'une aide auditive de classe II (autre que 100% santé), la prise en charge est plafonnée à 1700€ par aide auditive. Ce plafond n'inclut pas le TM des consommables, des piles ou des accessoires.

<sup>(8)</sup> Suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.

<sup>(9)</sup> Pour les piles, la garantie s'applique dans la limite du nombre annuel de paquets fixé par l'arrêté du 14/11/2018.

<sup>(10)</sup> Prise en charge à concurrence de 100% du tarif de base de la Sécurité sociale (y compris participation de celle-ci) - voir liste et condition en annexe 4.

<sup>(11)</sup> Vaccins exclus de la liste référencée au point 10 ou non pris en charge par le régime obligatoire.

DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés soient l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique (OPTAM – CO)