

**GARANTIES LIBERTY SANTÉ ACTIF 2009**

**Les formules standards :**

Hospitalisation - Médecine - Prévention	Niveaux de garanties			
	Essentiel	Confort	Référence	Prestige
<b>A - Hospitalisation</b>				
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
<i>Frais de séjour hospitalier &gt; Secteur conventionné</i>	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
<i>Frais de séjour hospitalier &gt; Secteur non conventionné</i>	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Maisons de repos, de convalescence et de rééducation	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Transport des malades	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier (limité à 90 jours par bénéficiaire et par an)	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Chambre particulière en hospitalisation (par jour, limitée à 90 jours par bénéficiaire et par an)	-	30 €	50 €	80 €
Chambre particulière en maternité (par jour, limitée à 5 jours par bénéficiaire et par an)	-	50 €	70 €	100 €
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 14 ans ou adulte de plus de 65 ans) (par nuit, limité à 30 nuits par bénéficiaire et par an)	-	15 €	20 €	25 €
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Forfait cure thermale (par bénéficiaire et par an)	-	100 €	150 €	200 €
<b>B - Médecine</b>				
Consultations et visites généralistes	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Consultations et visites spécialistes	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR	150% BR
Radiologie, échographie, endoscopie, chimiothérapie, radiothérapie, analyses, actes de biologie	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Actes de spécialités	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Médicaments vignettes blanches et bleues	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
<b>D - Prévention</b>				
Ensemble des vaccinations inscrites au calendrier vaccinal	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccin antigrippal non remboursé par la le RO (1 vaccin par bénéficiaire et par an)	-	100% BR	100% BR	100% BR
Détartrage complet sus et sous gingival (maximum 2 séances par bénéficiaire et par an)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures	-	100% BR	100% BR	100% BR
Dépistage de l'hépatite B	-	100% BR	100% BR	100% BR
Bilan du langage oral (enfant de moins de 14 ans)	-	100% BR	100% BR	100% BR
Sevrage anti-tabagique (par bénéficiaire et par an)	-	100 €	100 €	100 €
Vaccin contre le cancer de l'utérus (par cycle complet de vaccination)	-	100% BR	100% BR	100% BR
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO (par bénéficiaire et par an)	-	-	75 €	105 €
Acupuncture, chiropraxie, ostéopathie (par séance, limitées à 4 par bénéficiaire et par an)	-	-	30 €	50 €
Consultations diététicien, nutritionniste (par bénéficiaire et par an)	-	100 €	175 €	250 €

**GARANTIES LIBERTY SANTÉ ACTIF 2009**

**Les formules standards :**

<b>Dentaire - Appareillage</b>	<b>Essentiel</b>	<b>Confort</b>	<b>Référence</b>	<b>Prestige</b>
<b>A - Dentaire remboursé par le RO</b>				
Soins	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Prothèses dentaires remboursées le RO	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Orthodontie remboursée par le RO	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
<i>Plafond annuel de remboursement par bénéficiaire &gt; 1ère année</i>	250€	350€	700€	1 200 €
<i>Plafond annuel de remboursement par bénéficiaire &gt; 2ème année et suivantes</i>	350€	500€	1 000 €	1 500 €
<b>B - Dentaire non remboursé par le RO - A l'issue d'un délai de stage de 3 mois</b>				
Prothèses dentaires non remboursées le RO	-	50% BRR	100% BRR	150% BRR
Orthodontie non remboursée par le RO	-	50% BRR	100% BRR	150% BRR
Implantologie (par bénéficiaire et par an)	-	150€	300€	450€
<i>Plafond annuel de remboursement par bénéficiaire</i>	-	300€	600€	900€
<b>C - Appareillage</b>				
Appareillage, orthèses, prothèses non dentaires, prothèses auditives	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
<b>Optique</b>				
<b>A - Verres et monture remboursés par le RO</b>				
Verres simples (la paire) : remboursement maximum par an et par bénéficiaire de 18 ans et plus				
> 1ère année	10,00€	55,00€	95,00€	135,00€
> 2ème année et suivantes	10,00€	95,00€	135,00€	175,00€
Verres simples (la paire) : remboursement maximum par an et par enfant de moins de 6 ans				
> 1ère année	30,00€	80,00€	120,00€	160,00€
> 2ème année et suivantes	30,00€	120,00€	160,00€	200,00€
Verres simples (la paire) : remboursement maximum par an et par enfant de 6 à 18 ans				
> 1ère année	20,00€	65,00€	105,00€	145,00€
> 2ème année et suivantes	20,00€	105,00€	145,00€	185,00€
Verres complexes (la paire) : remboursement maximum par an et par bénéficiaire de 18 ans et plus				
> 1ère année	15,00€	110,00€	150,00€	250,00€
> 2ème année et suivantes	15,00€	150,00€	230,00€	370,00€
Verres complexes (la paire) : remboursement maximum par an et par enfant de moins de 6 ans				
> 1ère année	40,00€	130,00€	170,00€	270,00€
> 2ème année et suivantes	40,00€	170,00€	250,00€	390,00€
Verres complexes (la paire) : remboursement maximum par an et par enfant de 6 à 18 ans				
> 1ère année	30,00€	120,00€	160,00€	260,00€
> 2ème année et suivantes	30,00€	160,00€	240,00€	380,00€
Monture : remboursement maximum par an et par bénéficiaire de 18 ans et plus				
> 1ère année	-	50,00€	90,00€	130,00€
> 2ème année et suivantes	-	90,00€	130,00€	170,00€
Monture : remboursement maximum par an et par enfant de moins de 18 ans				
> 1ère année	10,00€	60,00€	100,00€	140,00€
> 2ème année et suivantes	10,00€	100,00€	140,00€	150,00€

## GARANTIES LIBERTY SANTÉ ACTIF 2009

### Les formules standards :

B - Lentilles remboursées ou non par le RO (yc lentilles jetables)				
Remboursement maximum par an > 1ère année	-	50,00€	90,00€	130,00€
Remboursement maximum par an > 2ème année et suivantes	-	90,00€	130,00€	170,00€
C - Chirurgie réfractive de l'œil (par an et par bénéficiaire)				
Plafond annuel de remboursement par bénéficiaire	-	150€	250€	400€

### Les formules personnalisées :

Si vous ne trouvez pas parmi l'une des 4 formules standard, celle qui répond à vos besoins, vous pouvez construire  **votre formule personnalisée**  en choisissant pour le module Hospitalisation – Médecine – prévention, le module Dentaire et le module Optique – Appareillage, des niveaux de garanties différents

Selon vos besoins de santé vous pouvez **renforcer votre couverture** pour **les soins courants** et/ou **pour le dentaire** et/ou **pour l'optique**.

Vous avez **12 possibilités** de formule personnalisée.

Vous devez d'abord choisir votre niveau de garantie pour le module Hospitalisation – Médecine – Prévention parmi les 3 niveaux Confort, Référence et Prestige.

Ensuite vous pouvez combiner les niveaux de garantie des modules comme le montre le tableau suivant :

	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6	Formule 7	Formule 8	Formule 9	Formule 10	Formule 11	Formule 12
<b>Module 1</b> Hospitalisation Médecine Prévention	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 4	Niveau 4
<b>Module 2</b> Dentaire Appareillage	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 4	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 3
<b>Module 3</b> Optique	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 4	Niveau 3	Niveau 3	Niveau 4

### Hospitalisation

Le forfait hospitalier est pris en charge dans sa totalité par la mutuelle, à sa valeur au 1er janvier de l'année en cours, pour une durée de 90 jours par an et par bénéficiaire. Gériatrie – gérontologie – moyens et longs séjours – placements à l'année et temporaire exclus.

La chambre particulière est prise en charge en fonction des conventions en vigueur avec les établissements hospitaliers, pour une durée de 90 jours par an et par bénéficiaire. Gériatrie – gérontologie – moyens et longs séjours – placements à l'année et temporaire exclus.

La nuitée s'entend pour un séjour comportant au moins une nuit de 22h00 à 6h00.

Le lit et le repas de l'accompagnant sont pris en charge pour une durée de 30 jours par an et par bénéficiaire, uniquement sur facture de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans ou d'un adulte de plus de 65 ans.

### Cure thermale

Le forfait « cure thermale » s'entend par an et par bénéficiaire. La participation de Mutalliance s'effectue sur justificatifs.

### Prévention

Les actes d'acupuncture, d'ostéopathie et de chiropraxie doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

Les frais afférant au sevrage anti-tabagique engagés sur prescription médicale sont, sous réserve de l'option de garantie retenue, remboursés dans la limite d'un plafond annuel



# « Votre solution santé »

## GARANTIES LIBERTY SANTÉ ACTIF 2009

### Les formules standards :

#### Dentaire

Les frais afférant aux soins dentaires, prothèses dentaires et orthodontie pris en charge par la Sécurité sociale, sont remboursés dans la limite d'un plafond annuel global revalorisé à compter de la 2ème année d'assurance.

Les frais afférant aux prothèses dentaires, orthodontie et implantologie non pris en charge par la Sécurité sociale, sont, sous réserve de l'option de garantie retenue et de l'application d'une période de carence de trois mois, remboursés dans la limite d'un plafond annuel global revalorisé à compter de la 2ème année d'assurance. La participation de Mutalliance s'effectue au regard d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix des actes, des soins et des produits.

La période de carence de trois mois est également appliquée en cas de modification de la formule de garanties portant la garantie dentaire à un niveau supérieur.

#### Optique

Les frais afférant aux verres sont remboursés dans la limite d'un plafond annuel variable selon le type de correction et revalorisé à compter de la 2ème année d'assurance.

Les frais afférant aux montures sont, sous réserve de l'option de garantie retenue, remboursés dans la limite d'un plafond annuel revalorisé à compter de la 2ème année d'assurance.

Les frais afférant à la chirurgie réfractive, sont, sous réserve de l'option de garantie retenue, remboursés dans la limite d'un plafond annuel. La participation de Mutalliance s'effectue au regard d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix des actes.

#### Âge

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

#### Limite des garanties

Les prestations décrites dans le tableau des garanties incluent le remboursement de la Sécurité sociale (sauf pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale et certains montants exprimés en euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par Mutalliance.

#### Remboursement annuel maximum

Le remboursement annuel maximum (ou plafond annuel de remboursement) pour certaines prestations s'entend par année d'adhésion c'est-à-dire la période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée sur le bulletin d'adhésion ou d'affiliation pour chaque bénéficiaire.

#### Assiette de calcul des prestations

Les pourcentages indiqués dans le tableau des garanties sont appliqués aux tarifs fixés (base de remboursement = BR, base de remboursement reconstituée = BRR) par la Sécurité sociale au 1er janvier de l'année en cours. Toute évolution des règles de remboursement de la Sécurité sociale pourra entraîner des modifications de nos prestations.

#### Contrat responsable

Dans le cadre de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, Mutalliance ne prend pas en charge :

- les participations forfaitaires à charge de l'assuré, définies à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale, pour l'ensemble des actes auxquels elles s'appliquent,
- la minoration du remboursement de la Sécurité sociale en cas de refus d'accès au dossier médical personnel (prévue à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale),
- la minoration du remboursement des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en l'absence de choix d'un médecin traitant ou lors d'une consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale),
- en cas de non respect du parcours de soins coordonnés, la fraction des dépassements d'honoraires correspondant aux dépassements autorisés pour les praticiens conventionnés (article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale) dans les limites conventionnelles en vigueur.

**Mutalliance** - Siège social : 14 Rue Coquillière 75001 Paris - Centre de gestion : 01 42 33 83 33 - RNM n°399 659 614.

La mutuelle Mutalliance est intégralement substituée, pour la constitution des garanties et pour l'exécution des engagements auprès de la Mutuelle Générale de Paris, sise 14 rue Coquillière - 75001 Paris - RNM n° 302 976 592.

Ces deux mutuelles sont soumises aux dispositions du livre II du code de la mutualité.