

Garanties applicables au 1^{er} janvier 2023. Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement ou en montant forfaitaire et incluant le remboursement du régime obligatoire. Voir conditions générales de remboursements ci-dessous.

	Régime Obligatoire ⁽¹⁾ (Régime général - à titre indicatif)	HOSPITALISATION ⁽¹⁾
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	80%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux pour les médecins	80%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Intégralité
Actes médicaux, d'imagerie et d'échographie	80%	100%
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes...)	80%	100%
Analyses et examens de laboratoire	80%	100%
Chambre particulière	-	66 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire ⁽²⁾	-	20 € / jour
Matériel médical	60%	100%
Frais de transport, ambulance	65%	100%
Prise en charge de la franchise médicale pour les actes supérieurs à 120€	-	Intégralité
Prise en charge du Forfait Patient Urgences	-	Intégralité
Personne accompagnant un enfant de moins de 16 ans ou un adulte d'au moins 70 ans ou d'une personne handicapée	-	27 € 12 jours maxi
ASSISTANCE ET SERVICES		
Assistance à domicile et déplacements ⁽³⁾	-	Oui
Protection juridique médicale et droits de la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	-	Oui
Forfait aide à Domicile ⁽³⁾	-	Oui
Allocation naissance	-	76 €
Participation au coût de mise en place de la télé-assistance (adhérents classés en GIR ⁽⁵⁾ 1 à 4) (non renouvelable sauf en cas de déménagement)	-	Frais d'installation + 3 mois d'abonnement max 140 €

(1) CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : déduction de la participation forfaitaire déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007)
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

(2) Si l'adhérent est hospitalisé dans un établissement ayant adhéré au conventionnement hospitalier de la Mutualité Fonction Publique (Règlement Fédéral Hospitalier), le montant de la prise en charge s'élève à 25€ / jour.

(3) Service décrit dans la notice d'information de la garantie assistance et aide à domicile de Ressources Mutuelle Assistance (RMA).

(4) Garantie décrite dans la notice d'information de SMACL Assurances.

(5) Définition GIR : l'évaluation de la dépendance se mesure sur la base d'une grille nationale d'évaluation qui permet de répartir les degrés de la dépendance en plusieurs groupes, appelés GIR (« Groupe Iso Ressource »). Cette grille fait office de référence dans le cadre de l'attribution de l'APA (Aide Personnalisée à l'Autonomie) pour évaluer la perte d'autonomie. Seuls les quatre premiers GIR (de 1 à 4) de la grille nationale ouvrent droit à l'APA.