

H

HOSPITALISATION

	NIVEAU 1 RO + Mutuelle	NIVEAU 2 RO + Mutuelle	NIVEAU 3 RO + Mutuelle
Frais de séjour : pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité Sociale	100%	100%	100%
Praticiens n'ayant pas adhéré à un DPTM : Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique et autres actes pratiqués en hospitalisation	200%	200%	200%
Autres praticiens : Honoraires : actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique et autres actes pratiqués en hospitalisation	400%	400%	400%
Participation assuré : pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €	FR	FR	FR
Forfait journalier hospitalier	FR	FR	FR
Chambre particulière avec nuitée : hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention Durée limitée à 90 jours par année civile et par bénéficiaire	90 € / jour	90 € / jour	90 € / jour
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie : Hors box d'hospitalisation (structure ouverte pouvant être individualisée)	20 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
Frais d'accompagnant : hors ambulatoire. Nuitées, repas pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Durée limitée à 90 jours par année civile et par bénéficiaire. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat.	50 € / jour	50 € / jour	50 € / jour
Frais de télévision : durée limitée à 90 jours par année civile et par bénéficiaire	3 € / jour	3 € / jour	3 € / jour
Transports prescrits remboursés par le RO	100%	100%	100%

S

SOINS MÉDICAUX COURANTS

Praticiens n'ayant pas adhéré à un DPTM : Consultations, visites des médecins généralistes et spécialistes	100%	180%	200%
Autres praticiens : Consultations, visites des médecins généralistes, spécialistes et sages-femmes	100%	200%	300%
Praticiens n'ayant pas adhéré à un DPTM : Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	100%	180%	200%
Autres praticiens : Actes techniques médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin	100%	200%	300%
Praticiens n'ayant pas adhéré à un DPTM : Actes d'imagerie (radiographie, scanner, IRM,...) - Échographie ou doppler	100%	180%	200%
Autres praticiens : Actes d'imagerie (radiographie, scanner, IRM,...) - Échographie ou doppler	100%	200%	300%
Actes d'imagerie non remboursés par le RO : limité à 100 € par année civile	-	70% FR	90% FR
Participation assuré : pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €	FR	FR	FR
Examens de biologie médicale	100%	200%	300%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100%	100%	100%
Acupuncteurs, auriculothérapeutes, chiropracteurs, cryothérapie, diététiciens, homéopathes, naturothérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, pédicures, phytothérapeutes, podologues, psychologues, sexologues, sophrologues : forfait par séance. Limité à 3 séances par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI	50 € / séance	50 € / séance	50 € / séance
Cures thermales remboursées par le RO : soins, transport, hébergement, remboursés par le RO	100%	100%	100%

P

PHARMACIE

Pharmacie à 65%, 30% et 15%	100%	100%	100%
------------------------------------	------	------	------

OPTIQUE, DENTAIRE, ACOUSTIQUE

O

OPTIQUE

Lentilles prescrites remboursées par le RO	100% + 80 €	100% + 150 €	100% + 300 €
Lentilles prescrites non remboursées par le RO et produits d'entretien	80 €	150 €	300 €
Traitement correctif de la vision : forfait par année civile, par oeil.	120 €	230 €	450 €
Autres prestations sur verres remboursées par le RO : prismes et filtres	100%	100%	100%

*Forfait par année civile et par bénéficiaire
valant pour ces deux rubriques.*

RO = Régime Obligatoire - **DPTM** = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée - **FR** = Frais Réels

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Les taux de remboursement du Régime Obligatoire correspondent aux taux du régime général en vigueur au 02/05/2011.
- Le taux de remboursement peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du Régime Obligatoire d'affiliation (Régimes Spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou Régimes Spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

OPTIQUE, DENTAIRE, ACOUSTIQUE (suite)

OPTIQUE

La période de référence porte sur les mois précédant l'acquisition du nouvel équipement

Limité à :

- 1 monture et 2 verres sur 2 ans (de date à date) pour les adultes (plus de 18 ans : âge apprécié à la date des soins) sauf changement de dioptrie, limité à 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date),
- 1 monture et 2 verres sur 1 an (de date à date) pour les enfants (moins de 18 ans : âge apprécié à la date des soins).

Monture et verres simples (uni-focaux faible et moyenne correction)

Remboursement ADREA limité à 150 € par monture pour le niveau 3.

Forfait applicable en cas de changement de monture seule. Forfait par équipement et par bénéficiaire.

100% + 80 €

100% + 150 €

100% + 300 €

Monture et verres complexes (uni-focaux forte correction et progressifs)

Remboursement ADREA limité à 150 € par monture. Forfait par équipement et par bénéficiaire.

100% + 200 €

100% + 230 €

100% + 450 €

L'appréciation du degré de correction se fait sur l'œil pour lequel la correction est la plus forte.

Il est impossible de cumuler le forfait « faible correction et moyenne correction » et le forfait « forte correction et progressifs »

DENTAIRE - Seuls les actes répertoriés à la CCAM peuvent faire l'objet d'un remboursement de la mutuelle

		NIVEAU 1 RO + Mutuelle	NIVEAU 2 RO + Mutuelle	NIVEAU 3 RO + Mutuelle
Consultations, soins, radiographies		150%	200%	300%
Inlays, onlays		150%	200%	300%
Prothèses dentaires remboursées par le RO	Remboursement ADREA Mutuelle par année civile (hors Ticket modérateur = 30% BR sur les prothèses dentaires remboursées par le RO)	200%	300%	400%
Soins, prothèses, orthodontie et actes non remboursés par le RO		-	230 € par année civile	450 € par année civile
Orthodontie remboursée par le RO		200%	300%	400%
Appareillage, orthopédie		100%	200%	300%
Prothèses auditives : achat, entretien et réparation. Forfait par année civile, par oreille et par bénéficiaire.		100% + 200 €	100% + 200 €	100% + 200 €
Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), Implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)		100%	200%	300%
ADREA Assistance : voir notice d'information. Tous les actes de prévention pris en charge par le RO sont remboursés à 100% BR		✓	✓	✓

RO = Régime Obligatoire

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ DES MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES RÉÉDUCATEURS
COTISATIONS MENSUELLES 2019

TRANCHE D'ÂGE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
de 0 à 27 ans	26,24 €	33,48 €	39,95 €
de 28 à 39 ans	38,04 €	51,74 €	66,20 €
de 40 à 59 ans	52,00 €	68,87 €	87,01 €
60 ans et plus	73,68 €	96,13 €	120,37 €

Gratuité à partir du 3^e enfant Tarifs mensuels incluant la taxe de solidarité additionnelle de 13,27% (TSA) > Base 2019.

RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

Alliant puissance économique, expertise reconnue et proximité locale, ADREA Mutuelle est **un organisme à dimension nationale**. ADREA Mutuelle offre des réponses complètes et innovantes aux besoins de protection complémentaire des professions libérales. Elle capitalise sur son savoir-faire pour proposer des conseils et des services adaptés, **au plus près de ses adhérents**.

POUR EN SAVOIR PLUS

SUR L'OFFRE SANTÉ
MASSEURS,
KINÉSITHÉRAPEUTES,
RÉÉDUCATEURS,
VOTRE CONSEILLER
ADREA MUTUELLE
VOUS ACCOMPAGNE
AU 0 969 368 633
appel non surtaxé

professions.liberales@adreamutuelle.fr

**1
MILLION**
de personnes
déjà protégées
par ADREA