

# ÉNERGIE COMMUNE 2

Contrat responsable\* et solidaire






**Solimut**  
Mutuelle  
de France


GÉNÉRATIONS SOLIDAIRES

<b>HOSPITALISATION</b>	Informations complémentaires	A.M.O**	A.M.O** + Mutuelle
Frais de séjour en établissements publics et privés conventionnés ou non		80 ou 100%	100% BRSS
Forfait journalier illimité	Dans la limite de 60 jours par an et par bénéficiaire pour les séjours en établissements et services spécialisés définis dans les dispositions contractuelles.	-	<b>Frais réels</b>
Forfait patient urgence		-	<b>Frais réels</b>
Chambre particulière	Dans la limite de 90 jours par an et par bénéficiaire en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité ; 30 jours en établissements et services spécialisés, pour les séjours comportant au moins une nuitée dans les établissements et services définis dans les dispositions contractuelles.	-	<b>40€/j</b>
Frais d'accompagnement hospitalier	En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire inscrit au contrat limité à 90 jours par année civile et par bénéficiaire hospitalisé. Les frais d'accompagnement sont pris en charge lorsque ceux-ci sont facturés au nom du bénéficiaire des soins, assuré par la mutuelle.	-	<b>15€/j</b>
Honoraires, actes de chirurgie, actes techniques médicaux : médecins adhérents ou non adhérents au DPTAM***		80 ou 100%	100% BRSS





<b>OPTIQUE</b>			
<b>ÉQUIPEMENT OPTIQUE CLASSE A - RAC O APPELÉ 100% SANTÉ</b>	RAC O appelé 100% santé : prise en charge de l'intégralité des frais d'acquisition des dispositifs d'optique médicale à usage individuel à hauteur des frais exposés par l'adhérent, tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. Plafonné aux prix limites de vente optique.		100% PLV
<b>Équipement optique Classe B</b>	Tarifs libres pratiqués par le professionnel de santé.	60%	
<b>Monture</b>	Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Les montants affichés incluent le ticket modérateur.		<b>50€</b>
<b>Verres simples, par verre</b>			<b>50€</b>
<b>Verres complexes, par verre</b>			<b>80€</b>
<b>Verres très complexes, par verre</b>			<b>125€</b>
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien		60%	100% BRSS
Appairage	Prestation non prise en charge dans le cadre des verres de Classe B.	60%	100% PLV
Verres avec filtre	100% BRSS dans le cadre de verres de Classe B.	60%	100% PLV
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)		60%	100% BRSS
Lentilles		60%	100% BRSS
Lentilles correctrices prises en charge ou non par l'AMO (y compris forfait adaptation)		-	<b>100€</b>
Chirurgie réfractive prise en charge ou non par l'AMO (par œil)		-	<b>75€</b>

<b>DENTAIRE</b>			
Soins dentaires		60%	100% BRSS
Scellement des puits, sillons et fissures dentaires (P)	Enfant de moins de 14 ans.	60%	100% BRSS
<b>Soins prothétiques et prothèses dentaires pris en charge par l'AMO :</b>			
<b>PANIER DE SOINS RAC O APPELÉ 100% SANTÉ</b>	RAC O appelé 100% santé : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses dentaires exposés par l'adhérent, tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation. Plafonné aux prix limites de facturation.	60%	100% PLV
<b>Panier de soins tarifs maîtrisés</b>	Plafonné aux prix limites de facturation.	60%	<b>150% BRSS</b>
<b>Panier de soins tarifs libres</b>		60%	<b>150% BRSS</b>
Actes non pris en charge par l'AMO : parodontologie et implantologie	Réalisés par un chirurgien-dentiste.	-	<b>50€</b>
Parodontologie réalisée dans un centre mutualiste (P)		-	<b>120€</b>
Orthodontie prise en charge par l'AMO		70 ou 100%	<b>180% BRSS</b>
Diagnostic		-	<b>50€</b>
Orthodontie non prise en charge par l'AMO		-	<b>50€</b>
Remboursement des dépassements (hors soins et orthodontie) limité à	Une fois le plafond atteint, prise en charge des prothèses dentaires remboursées par l'AMO dans la limite de 1,25%. Hors panier de soins 100% santé.		<b>2 000€</b>

 <b>SOINS COURANTS</b>	Informations complémentaires	A.M.O**	A.M.O** + Mutuelle
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes : médecins adhérents ou non adhérents au DPTAM***		70%	100% BRSS
Service de téléconsultation 24h/24, 7j/7****  Medaviz		-	<b>Inclus</b>
Consultations Psychologues prises en charge par l'AMO	Sur prescription médicale, dans la limite de 8 séances par an et par bénéficiaire.	60%	100% BRSS
Radiologie, échographie et actes techniques médicaux : médecins adhérents ou non adhérents au DPTAM***		70%	100% BRSS
Analyses et examens de laboratoire		60 ou 70%	100% BRSS
Frais de transport		55%	100% BRSS
Honoraires paramédicaux		60%	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu important		65%	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu modéré		30%	100% BRSS
Médicaments à service médical rendu faible		15%	100% BRSS
Vaccination antidiphthérique, antitétanique, antipoliomyélitique 		65 ou 70%	100% BRSS
Vaccination anti-grippe 		-	<b>Frais réels</b>
Dépistage Hépatite B 		60%	100% BRSS
Matériel médical		60 ou 100%	100% BRSS
Petit appareillage pris en charge par l'AMO		-	<b>40€</b>
Grand appareillage pris en charge par l'AMO		-	<b>100€</b>

 <b>AIDES AUDITIVES</b>			
<b>PROTHÈSE AUDITIVE CLASSE I RAC O APPELÉ 100% SANTÉ</b>	RAC O appelé 100% santé : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses auditives exposés par l'adhérent, tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation. Prise en charge limitée, pour chaque oreille et par bénéficiaire, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.		100% PLV
Prothèse auditive Classe II	Prise en charge limitée, pour chaque oreille et par bénéficiaire, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.	60 ou 100%	100% BRSS <b>+50€</b>
Piles et accessoires		60%	100% BRSS

 <b>CURES</b>			
Cure thermale		65%	100% BRSS
Honoraires de surveillance		70%	100% BRSS

 <b>PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES</b>			
Amniocentèse  , fécondation in vitro et péridurale non prises en charge par l'AMO		-	
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, psychologue, podologue, pédicurie, sexologue, sevrage tabagique	Montant pris en charge pour la médecine complémentaire sur justificatif d'un professionnel enregistré sur le répertoire Adeli ou RPPS ou du numéro FINESS du professionnel de santé. Remboursement en complément des dépassements d'honoraires ou pour des pratiques non prises en charge par l'AMO sur présentation d'une facture acquittée.	-	<b>Jusqu'à 50€</b>
Densitométrie osseuse prise en charge par l'AMO 	Montant global à répartir en fonction des besoins. L'éventuel ticket modérateur s'ajoute au montant global.	-	
Moyens de contraception, vaccin anti HPV, vaccin rotavirus 		-	

BRSS : Base de remboursement Sécurité Sociale. FR : Frais réels.  
TM : Ticket modérateur. PLV : Prix Limites de vente. RAC O : Reste à charge Zéro.

**Tous les montants s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention contraire, et dans la limite des plafonds du contrat responsable.**

\* En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale, la mutuelle ne prend pas en charge : la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale, les majorations de participation visées aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code. Pour les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 120€, la franchise est intégralement prise en charge.

\*\* Assurance Maladie Obligatoire : Les taux de remboursement de l'A.M.O sont mentionnés ci-dessus à titre indicatif pour le Régime obligatoire et peuvent être modifiés par décision réglementaire. Toute modification de ces taux sera répercutée sur le remboursement total. Les taux sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite des dépenses réelles engagées. Taux en vigueur au 01/01/2024.

\*\*\* DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

\*\*\*\* Téléconsultation : Accessible depuis votre Espace Adhérents Solimut. Médecins généralistes et spécialistes disponibles 24 heures/24, 7 jours/7.

Solimut Mutuelle de France prend en charge le ticket modérateur de tous les actes de prévention dans le cadre du contrat responsable.

### PRÉVENTION

Solimut Mutuelle de France, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75 436 Paris Cedex 9), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est sis 7, quai de la Joliette, 13002 Marseille.

