

HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MEDICALE, HOSPITALISATION A DOMICILE, MATERNITE, SEJOUR EN ETABLISSEMENT PSYCHIATRIQUE				
Frais de séjour	80%	20%	100%	si dépassement : + 500 € / an
Actes de chirurgie, obstétrique, anesthésie, échographie, actes techniques médicaux	80%	20% si dépassement : + 50% maxi 150 € / an	100% si dépassement : + 50% maxi 150 € / an	si dépassement : + 500 € / an
Forfait journalier hospitalisation : 18 € / jour au 01/01/2010		18 € / jour (1)	18 € / jour (1)	
Forfait journalier psychiatrie : 13,50 € / jour au 01/01/2010		13.50 € / jour (1)	13.50 € / jour (1)	
Chambre particulière		30 € / jour (1)	30 € / jour (1)	+ 20 € / jour (1)
Frais de location d'un téléviseur		5 € / jour (2)	5 € / jour (2)	
Frais d'accompagnement pour les enfants de moins de 16 ans		20 € / jour	20 € / jour	
Frais de transport	65%	35%	100%	

HONORAIRES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX facturés en dehors du cadre d'une hospitalisation				
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes Actes de chirurgie, obstétrique, anesthésie, échographie, actes techniques médicaux	70%	30%	100%	si dépassement : + 50% maxi 150 € / an
Imagerie diagnostique : radiographie, IRM, scanner	70%	30%	100%	
Actes de biologie : analyses	60%	40%	100%	
Auxiliaires médicaux : soins infirmiers, kiné, orthophonie, orthoptie	60%	40%	100%	

PARTICIPATION FORFAITAIRE sur les actes médicaux lourds				
Participation de l'assuré sur les actes médicaux d'un montant égal ou supérieur à 91€ : 18€ au 01/01/2010		18 €	18 €	

PREVENTION dans le cadre des « contrats responsables »				
Détartrage 1 fois par an	70%	30%	100%	
Ostéodensitométrie si acceptée par la sécurité sociale	70%	30%	100%	
Vaccin anti-grippe, de 60 à 64 ans		100%	100%	

PHARMACIE				
Pharmacie remboursée à 65 % par le régime obligatoire (vignettes blanches)	65%	35%	100%	
Pharmacie remboursée à 35 % par le régime obligatoire (vignettes bleues)	35%	65%	100%	
Pharmacie remboursée à 15 % par le régime obligatoire	15%	65%	80%	

OPTIQUE ADULTES 18 ans et plus				
Traitement de la myopie par chirurgie laser		200 € / an / oeil	200 € / an / oeil	+ 50 € / an / oeil
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale, y compris lentilles jetables	65% ou 0	100 € / an	sécu + 100 € / an	+ 50 € / an
Monture de lunettes	65%	80 € / an	sécu + 80 € / an	+ 50 € / an
Verres simples	65%	80 € / an (3)	sécu + 80 € / an (3)	+ 40 € / an (3)
Verres progressifs ou multi-focaux	65%	150 € / an (3)	sécu + 150 € / an (3)	+ 70 € / an (3)
Bonus monture et verres si pas de remboursement pendant 2 ans		+ 25% (4)	+ 25% (4)	

OPTIQUE ENFANTS moins de 18 ans				
Traitement de la myopie par chirurgie laser		200 € / an / oeil	200 € / an / oeil	+ 50 € / an / oeil
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale, y compris lentilles jetables	65% ou 0	40 € / an	sécu + 40 € / an	+ 50 € / an
Monture de lunettes	65%	50 € / an	sécu + 50 € / an	+ 50 € / an
Verres simples : 2 remboursements par an pour les moins de 6 ans	65%	60 € / an (3)	sécu + 60 € / an (3)	+ 40 € / an (3)
Verres progressifs ou multi-focaux : 2 remboursements par an pour les moins de 6 ans	65%	100 € / an (3)	sécu + 100 € / an (3)	+ 70 € / an (3)
Bonus monture et verres si pas de remboursement pendant 2 ans		+ 25% (4)	+ 25% (4)	

DENTAIRE				
Soins et actes dentaires	70%	30%	100%	
Prothèses dentaires si acceptées par la sécurité sociale	70%	30% + 200 € / an	100% + 200 € / an	+ 240 € / an
Bonus prothèses dentaires si pas de remboursement pendant 2 ans		+ 25% (4)	+ 25% (4)	
Orthodontie si acceptée par la sécurité sociale	70% ou 100%	30% ou 0 + 300 € / an (5)	100% + 300 € / an (5)	+ 240 € / an (5)

APPAREILLAGE				
Prothèses auditives	65%	35% + 200 € / an (6)	100% + 200 € / an (6)	+ 240 € / an (6)
Orthopédie et petit appareillage	65%	35% + 50%	150%	+ 50%
Prothèses capillaires, mammaires, oculaires	65% ou 100%	80 €	sécu + 80 €	

CURES THERMALES				
Forfait thermal, honoraires médicaux, frais de transport liés à la cure	65% à 70%	30% à 35%	100%	
Frais d'hébergement	65%		sécu uniquement	+ 160 € / an

PRESTATIONS FORFAITAIRES				
Aide à la maternité, pour un enfant garanti à la MLB MUTUELLE LA BRESLE		100 €	100 €	
Participation aux frais d'obsèques	selon conditions	320 € (7)	320 € (7)	+ 1600 € jusqu'à 65 ans (7)

Adhésion à PRIORITE SANTE MUTUALISTE				
			incluse	

(1) Forfait journalier et chambre particulière : remboursement sans limite de durée sauf en psychiatrie, maison de repos, rééducation, IME : maximum 60 jours / an (2) Frais de location d'un téléviseur : maximum 40 jours / an (3) Le remboursement maximum pour 1 verre est égal à la moitié du remboursement annuel. Exemple 80 € pour 2 verres simples → maximum 40 € pour 1 verre (4) En garantie BLEUE, lorsque le remboursement annuel n'est pas du tout utilisé pendant 2 ans, il est augmenté de 25% la 3ème année. L'utilisation ou non du remboursement est appréciée pour chaque bénéficiaire, à compter du 1er janvier de l'année d'adhésion à la garantie BLEUE, et au plus tôt à compter du 1er janvier 2008. Le bonus peut être appliqué à partir de la 3ème année d'adhésion à la garantie BLEUE, et au plus tôt à partir du 1er janvier 2010. Lorsque le remboursement annuel est consommé partiellement ou totalement, le BONUS se reconstitue automatiquement au bout de 2 ans. (5) Le remboursement maximum pour 1 traitement d'orthodontie est égal à la moitié du remboursement annuel. Exemple 300 € par an → maximum 150 € par traitement (6) Le remboursement maximum pour 1 prothèse auditive est égal à la moitié du forfait annuel. Exemple 200 € par an → maximum 100 € par prothèse en BLEUE + 240 € par an → maximum 120 € par prothèse en PLUS (7) Selon les modalités précisées à l'art. 9 du Règlement Mutualiste : En garantie BLEUE, les bénéficiaires dont l'adhésion à la mutuelle a pris effet au 1er janvier 2006 ou ultérieurement, et âgés de 70 ans ou plus au moment de celle-ci, ne bénéficient pas de l'allocation pour frais d'obsèques incluse dans leur contrat santé. En garantie PLUS les bénéficiaires de 65 ans ou plus ne bénéficient pas de l'allocation pour frais d'obsèques incluse dans leur contrat santé. Les remboursements sont limités à la dépense engagée et sous réserve de prise en charge par un régime obligatoire Français, sauf mention contraire. Les taux de régime obligatoire, les taux pris en charge par la MLB et le cumul sont donnés dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés (dispositif du médecin traitant). Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilités ou à la base de remboursement de la Sécurité Sociale. Les remboursements se font dans le respect du cahier des charges des contrats responsables hors participation forfaitaire (1€ au 01 01 2008) et hors franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale. Les remboursements exprimés en euros sont valables pour chaque bénéficiaire du 1er janvier au 31 décembre, et ne peuvent être reportés d'une année sur l'autre. Date de révision de la présente notice : 8 octobre 2009