



La garantie proposée

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement (BR). Ils s'entendent part obligatoire incluse et sont limités au montant de la dépense engagée.

| Au 1 ^{er} janvier 2019 | Garantie EMERAUDE | Remarques |
|--|--|--------------------------------|
| HOSPITALISATION | | |
| Séjour, soins <i>Secteur conventionné ou Secteur non conventionné</i> | 100% BR * | Tiers-payant |
| Honoraires hors maternité et psychiatrie (praticien signataire CAS) <i>Secteur conventionné ou Secteur non conventionné</i> | 200% BR | Tiers-payant |
| Honoraires hors maternité et psychiatrie (praticien non signataire CAS) <i>Secteur conventionné ou Secteur non conventionné</i> | 180% BR | Tiers-payant |
| Honoraires psychiatrie, frais de soins et séjour (praticien signataire CAS) | 150% BR | Tiers-payant |
| Honoraires psychiatrie, frais de soins et séjour (praticien non signataire CAS) | 130% BR | Tiers-payant |
| Participation assuré | 18 € | Tiers-payant |
| Forfait journalier hospitalier | Dépenses réelles limité à 60 jours par an dans les établissements médico-sociaux | Tiers-payant |
| Chambre particulière ⁽¹⁾ | 45 € / jour limité à 30 jours en neuropsychiatrie | Tiers-payant |
| MEDECINE DE VILLE | | |
| Soins médicaux (praticiens signataires CAS ou non) <i>Généralistes, spécialistes</i> | 100% BR | - |
| <i>Analyses, radiographie</i> | 100% BR | - |
| Auxiliaires médicaux, infirmiers, kinésithérapeutes | 100% BR | Tiers-payant selon convention |
| Fournitures médicales, petits appareillages | 150% BR | Tiers-payant selon convention |
| Gros appareillage | 100% BR | Tiers-payant selon convention |
| Frais de transport | 100% BR | Tiers-payant selon convention |
| Pharmacie y compris SMR (Service médical Rendu) faible | 100% BR | Tiers-payant |
| MEDECINE ALTERNATIVE | | |
| Ostéopathie, étiopathie, chiropractie, sophrologie, diététique, pédicurie, acupuncture, psychomotricité, psychologie, ergothérapie, micro-kinésithérapie, kinésiologie, naturopathie | 40 € x 2/an | Sur présentation de la facture |
| OPTIQUE (Forfait BR inclus remboursé tous les 2 ans, sauf changement de dioptrie où le forfait est annuel) | | |
| Soins et honoraires | 100% BR | Tiers-payant selon convention |
| Forfait optique : monture et/ou verres | 200 € / 2 ans (cas général) (200€/an si changement dioptrie) (maximum 70€ pour la monture) | Tiers-payant selon convention |
| DENTAIRE | | |
| Soins et honoraires | 150% BR | - |
| Prothèses dentaires prises en charge par la SS | 380% BR | - |
| Implants | 250 € / dent | Sur présentation de la facture |
| DIVERS | | |
| Orthopédie, petites prothèses sauf auditives | 150% BR | Tiers-payant selon convention |
| Prothèses auditives prises en charge acceptées | 300% BR | Tiers-payant selon convention |
| CURES THERMALES prises en charge par SS | | |
| Soins, honoraires de surveillance médicale en cure | 100% BR | - |
| AUTRES PRESTATIONS | | |
| Assistance à domicile | oui | |
| Actes de prévention ⁽²⁾ | tous | |
| Analyse des devis optiques et dentaires | oui | |

* BR : base de remboursement - SS : Sécurité Sociale 1 - sauf supplément "confort" ou "catégorie luxe"

2 - actes prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale dans la limite de la prise en charge de la garantie choisie. Liste disponible auprès de la mutuelle.