



**MUTUELLE D'OUEST-FRANCE**

Mutuelle d'Ouest France

# Offre santé du contrat Collectif à adhésion obligatoire


Tableau des garanties au 1er janvier 2025

**vyv**  
partenariat

**K**  
**Kalixia**

Les remboursements de la Mutuelle d'Ouest France sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire (RO), soit en euros par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

Les remboursements de la mutuelle sont versés en complément de celui du RO lorsque le taux RO est indiqué dans le tableau, dans la limite des frais réels engagés et dans les conditions définies au Règlement Mutualiste. **La garantie santé répond aux exigences de la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables (articles L 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale).** L'adhésion à la couverture santé se réalise sans délai de carence et sans critère lié à l'état de santé.


 <b>SOINS COURANTS</b>	RO <sup>1</sup>	Remboursement Mutuelle d'Ouest France		Total (y compris RO)
		TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	
<b>Honoraires médicaux</b>				
Consultations et visites généralistes signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO <sup>3</sup>	70 %	30%	200%	300 %
Consultations et visites généralistes non signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO <sup>3</sup>	70 %	30%	100%	200 %
Consultations et visites spécialistes, professeur, neuropsychiatre signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO <sup>3</sup>	70 %	30%	200%	300 %
Consultations et visites spécialistes, professeur, neuropsychiatre non signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO <sup>3</sup>	70 %	30%	100%	200 %
Actes techniques médicaux ou d'imagerie sans dépassement d'honoraire	70 %	30%	-	100 %
Actes techniques médicaux ou d'imagerie des praticiens signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO <sup>3</sup>	70 %	30%	200%	300 %
Actes techniques médicaux ou d'imagerie des praticiens non signataires de l'OPTAM / OPTAM -CO <sup>3</sup>	70 %	30%	100%	200 %
Honoraires auxiliaires médicaux : Infirmiers, psychologues, masseurs- kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60 %	40 %	-	100 %
Actes des sages-femmes	70 %	30%	-	100 %
Participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance Maladie, instaurée par le décret du 19/06/2006 (Actuellement 24 €)	-	-	Frais réels	Frais réels
<b>Analyses et examens de laboratoires</b>				
Prélèvement et analyse	60 %	40%	-	100 %
Anatomocytopathologie	70 %	30%	-	100 %
<b>Médicaments (SMR - Service Médical Rendu)</b>				
Médicaments à SMR majeur ou important	65 %	35%	-	100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70%	-	100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85%	-	100 %
<b>Soins à l'étranger <sup>4</sup></b>				
Soins à l'étranger pris en charge par le RO français	15 % à 80 %	20 à 85%	-	100 %
<b>Matériel médical</b>				
Orthopédie, orthèse, petit appareillage	60 %	40%	250%	350 %
Grand appareillage	100 %	-	250%	350 %


<sup>1</sup> Les taux indiqués sont ceux du Régime Général Obligatoire (RO). Ils sont donnés à titre indicatif et sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation.


<sup>2</sup> TM : Le ticket modérateur (TM) représente la part des dépenses qui reste à votre charge après remboursement du RO et avant déduction des participations forfaitaires

<sup>3</sup> Les Options de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO) sont un dispositif par lequel les praticiens s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés. Les honoraires des praticiens non conventionnés sont remboursés sur la base du tarif d'autorité du Régime obligatoire et leurs dépassements ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

<sup>4</sup> Soins réalisés ou produits délivrés à l'étranger. Sur présentation du décompte de la Sécurité sociale accompagné des factures acquittées et traduites


 HOSPITALISATION <sup>5</sup>	RO <sup>1</sup>	Remboursement Mutuelle d'Ouest France		Total (y compris RO)
		TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	
<b>Forfait hospitalier</b>				
Frais de séjour (illimité dans la durée)	80 %	20 %	-	100 %
Forfait journalier hospitalier (illimité dans la durée)	-	-	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie (illimité dans la durée)	-	-	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgence et participation forfaitaire pour actes lourds	-	-	Frais réels	Frais réels
Forfait long séjour en Unités de Soins de Longue Durée <b>Dans la limite absolue de 365 jours</b>	-	-	10,30€ par jour	10,30€ par jour
<b>Honoraires</b>				
Honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO <sup>3</sup>	80 %	20%	200%	300 %
Honoraires médicaux et chirurgicaux des praticiens non signataires de l'OPTAM / OPTAM-CO <sup>3</sup>	80 %	20%	100%	200 %
<b>Chambre particulière et autres forfaits</b>				
Forfait chambre seule pour une hospitalisation en <b>médecine-chirurgie-obstétrique</b> <b>Dans la limite de 120 jours par an</b>	-	-	55€ par jour	55€ par jour
Forfait chambre seule pour une hospitalisation en <b>soins médicaux et de réadaptation (SMR)</b> <b>Dans la limite de 90 jours par an</b>	-	-	55€ par jour	55€ par jour
Forfait chambre seule pour une hospitalisation en <b>psychiatrie</b> <b>Dans la limite de 60 jours par an</b>	-	-	55€ par jour	55€ par jour
Forfait chambre seule en ambulatoire	-	-	Max 50% tarif chambre particulière	Max 50% tarif chambre particulière
Forfait télévision	-	-	3,81 € par jour	3,81€ par jour


 AUTRES PRESTATIONS	RO <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
Frais de transport : ambulances, véhicules sanitaires léger...	55%	45%	-	100 %
<b>Cure</b> : Honoraires médicaux, hydrothérapie, transport, hébergement – Forfait par an et par cure incluant le TM	65 % ou 70 %	-	500€	65% ou 70% + 500€


 DENTAIRE <sup>6</sup>	RO <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement par semestre dans la limite de	Total (y compris RO)
<b>Orthodontie</b>				
Traitement	100%	-	450€	100% + 450€
1 <sup>ère</sup> année de contention	100%	-	-	100%
2 <sup>ème</sup> année de contention	60%	40%	-	100%
Surveillance, examens (empreintes, radiographie, photos)	60%	40%	-	100%

<sup>5</sup> Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le RO et à celles dans des établissements médico-sociaux, tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et Maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS)

<sup>6</sup> Pour les soins et les soins prothétiques dentaires, seuls les actes figurant dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sont pris en charge. Pour l'orthodontie, seuls les actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) sont pris en charge

 <b>DENTAIRE</b> <sup>6</sup>	RO <sup>1</sup>	Remboursement Mutuelle d'Ouest France		Total (y compris RO)
		TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	
<b>Soins et prothèses dentaires 100% Santé</b> <sup>7</sup>				
Remboursement intégral (RO + RC) à hauteur des Honoraires Limites de Facturation (HLF)	60 %	40%	Frais réels	Frais réels
<b>Soins hors 100% Santé</b>				
Soins dentaires	60 %	40%	-	100 %
Parodontologie (forfait annuel)	-	-	350 €	350€
<b>Prothèses dentaires hors 100% Santé</b>				
Panier reste à charge libre ou maîtrisé <sup>8</sup> Prothèses fixes, mobiles, inlay-onlay, inlay-core	60%	40%	325%	425%
Rebasage, réparations, adjonction, renfort	60%	40%	325%	425%
<b>Implant dentaire</b>				
Implant dentaire (forfait annuel par implant) <sup>9</sup>	-	-	500 €	500€

 <b>AIDES AUDITIVES</b> <sup>10</sup>	RO <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
<b>Équipements 100% Santé</b> <sup>11</sup>				
<b>Prothèses auditives</b> Dans la limite des prix limites de vente (PLV)	60 %	40%	Frais réels	Frais réels
<b>Équipements à tarifs libres (panier libre)</b> <sup>12</sup>				
Appareil des bénéficiaires âgés de 20 ans et +	60%	40%	300% BRSS	400%
Appareil des bénéficiaires âgés de moins de 20 ans ou atteints de cécité quel que soit leur âge	60%	40%	300€	100% + 300€
Piles et accessoires (embouts, cornet, micro)	60%	40%	-	100%

 <b>OPTIQUE</b> <sup>13</sup>	RO <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
<b>Équipements 100% Santé</b> <sup>14</sup>				
<b>Montures et verres</b> Dans la limite des prix limites de vente (PLV)	60%	40%	Frais réels	Frais réels
<b>Appairage</b> Dans la limite des prix limites de vente (PLV)	60%	40%	Frais réels	Frais réels

<sup>7</sup> Le «100% santé» vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer un traitement «100% santé» et d'établir un devis. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier «100% santé», alors vos remboursements se feront selon votre garantie. Pour les prestations dentaires à tarifs modérés, les remboursements se feront dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)

<sup>8</sup> Pour les prestations dentaires à tarifs modérés, les remboursements se feront dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF).

<sup>9</sup> Par implant racine à l'exclusion du pilier implantaire et de tout autre accastillage


<sup>10</sup> Remboursement intégral (RO + RC) d'une prothèse auditive par oreille tous les 4 ans


<sup>11</sup> Le «100% santé» vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en audioprothèses. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer un équipement «100% santé» et d'établir un devis. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier «100% santé», alors vos remboursements se feront selon votre garantie


<sup>12</sup> Dans la double limite de la dépense et des planchers et plafonds fixés par le décret du 11 janvier 2019 sur les contrats responsables.

<sup>13</sup> Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue Un équipement est composé de trois éléments, à savoir deux verres et une monture. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du premier élément de ce dernier.

<sup>14</sup> Le «100% santé» vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en optique. Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer un équipement «100% santé» et d'établir un devis. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans le panier «100% santé», alors vos remboursements se feront selon votre garantie.

 OPTIQUE <sup>13</sup>	Remboursement Mutuelle d'Ouest France			Total (y compris RO)
	RO <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	
<b>Équipements à tarifs libres (hors 100% Santé) <sup>15</sup></b>				
<b>Monture</b>				
Bénéficiaire de 6 ans et plus	60%	40%	99,95 €	100% + 99,95€
Bénéficiaire de moins de 6 ans	60%	40%	99,95 €	100% + 99,95€
<b>Verre Adulte et Enfant <sup>16 17 18</sup></b>				
Simple	60%	40%	120€	100% + 120€
Complexe	60%	40%	200€	100% + 200€
Très complexe	60%	40%	220€	100% + 220€
Supplément optique	60%	40%	-	100%
<b>Lentilles</b>				
Lentilles remboursées	60%	40%	200€	100% + 200€
Lentilles non remboursées – Forfait annuel <sup>19</sup>			200€	200€
Opération myopie (un forfait par œil et par an)			150€	150€

 MÉDECINES ALTERNATIVES <sup>20</sup>	RO <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
Actes d'acupuncture, chiropractie, diététique, ergothérapie, hypnothérapie, ostéopathie, pédicurie, podologie, si numéro RPPS ou Finess <b>Dans la limite de 10 séances maximum par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues</b>	-	-	25€ par séance	25€ par séance
Psychologie, si numéro RPPS - Hors dispositif MonPsy <b>Dans la limite de 60 € par séance et de 16 séances maximum par an et par bénéficiaire</b>	-	-	75% du prix de la séance	75% du prix de la séance

 PRÉVENTION	RO <sup>1</sup>	TM dans la limite <sup>2</sup>	Dépassement dans la limite de	Total (y compris RO)
Actes de prévention (prévus par la législation sur le contrat responsable), actes de dépistage, substituts nicotiques	60 ou 70%	40 ou 30%	-	100%
Vaccins prescrits et pris en charge par le RO	30 ou 65%	35 ou 70 %	-	100%
Dispositif MonPsy : bilan psy suivi de 12 séances sur prescription médicale	60%	40%	-	100%

<sup>15</sup> Dans la double limite de la dépense et des plafonds et plafonds fixés par le décret du 11 janvier 2019 sur les contrats responsables. Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, l'appairage et les verres avec filtre ne sont pas pris en charge en dehors du panier de soins du 100% Santé.

<sup>16</sup> **Verres simples** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.

<sup>17</sup> **Verres complexes** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.

<sup>18</sup> **Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.

<sup>19</sup> Lentilles correctrices non remboursées par le régime obligatoire à l'exclusion des lentilles de couleur et des produits d'entretien.

<sup>20</sup> La liste des médecines alternatives peut être modifiée à tout moment par la réglementation et sans information préalable des bénéficiaires. Praticiens diplômés de la discipline et titulaires d'un numéro RPPS ou Finess, lorsqu'applicables

# Services

<b>Assistance à domicile</b> <sup>21</sup>	<b>CONTRAT INDIV</b>
<p>Vous bénéficiez de l'assistance de la mutuelle pour vous accompagner à chaque moment important de la vie :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Écoute, conseil et orientation</b></li><li>✓ <b>Accompagnement psycho-social</b></li><li>✓ <b>Hospitalisation, immobilisation, maternité</b></li><li>✓ <b>Accompagnement des patients souffrant d'un cancer</b></li><li>✓ <b>Accompagnement des aidants</b></li><li>✓ <b>Assistance en cas de décès</b></li></ul> <p>Les coordonnées de l'assistance sont disponibles sur votre carte de tiers payant adhérent</p>	<b>Incluse</b>
<b>Réseau Kalixia</b>	<b>CONTRAT INDIV</b>
<p>La Mutuelle d'Ouest-France est adhérente à Kalixia, réseau d'optique, d'audioprothèse, dentaire et d'ostéopathie, qui vous permet de bénéficier d'équipements ou de prestations de qualité à des prix négociés, et de bénéficier du tiers-payant auprès des professionnels adhérents au réseau Kalixia en optique et en audioprothèse.</p> <p> Pour ce qui est de l'optique, que votre opticien soit adhérent ou non au réseau Kalixia, c'est lui qui effectue directement ces démarches. Il vous informera des conditions de remboursements et des montants.</p> <p> Dès lors que votre audioprothésiste est adhérent au réseau Kalixia, c'est lui qui se charge de demander un devis sur la plateforme de gestion et la prise en charge.</p> <p> Dès lors que votre chirurgien-dentiste est adhérent au réseau Kalixia, c'est lui qui se charge de demander un devis sur la plateforme de gestion et la prise en charge.</p> <p><b>Vous pouvez géolocaliser les professionnels adhérents au réseau Kalixia à partir de votre espace adhérent ou de l'application mobile « LA Mutuelle d'Ouest-France ».</b></p>	<b>Incluse</b>
<b>Téléconsultations</b>	<b>CONTRAT INDIV</b>
<p> <b>Maiia</b> (Service disponible depuis votre espace adhérent)</p> <p>Vous bénéficiez du service de téléconsultation Maiia permettant de prendre rendez-vous avec un professionnel de santé, en cabinet ou de procéder à une téléconsultation sans rendez-vous à tout moment. Ce service est accessible à partir de votre espace adhérent</p>	<b>Incluse</b>

21 Les prestations et leurs modalités de mise en œuvre sont décrites dans la notice d'assistance en annexe de la notice d'information du contrat collectif