






Les prestations indiquées ci-dessous s'entendent y compris remboursement du Régime Obligatoire pour les garanties exprimées en %.
 Les taux s'appliquent sur la base de remboursement utilisée par le Régime Obligatoire (tarif de convention ou tarif de responsabilité).
 Le remboursement à 100 % BR indique que la mutuelle complète le remboursement de la Sécurité sociale jusqu'à 100 % du tarif de convention. Si par exemple, la Sécurité sociale rembourse à hauteur de 70 % du tarif de convention, la mutuelle complète le remboursement Sécurité sociale jusqu'à 100 % de ce tarif conventionné, ce qui peut ne pas correspondre à 100 % de vos dépenses réelles. Sur certaines dépenses de santé, un remboursement des frais réels au-delà du remboursement « Sécurité sociale » peut être pris en charge par la mutuelle.
 Les forfaits sont exprimés en € et s'entendent par bénéficiaire.
 La mutuelle ne prend pas en charge les majorations de ticket modérateur et les dépassements d'horaire quand l'assuré social ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.
 Nos remboursements sont limités à l'ensemble des dépenses réellement engagées. Se référer au règlement mutualiste pour connaître les conditions de versement des prestations.

PRESTATIONS EN VIGUEUR AU 01 JANVIER 2021

 SOINS COURANTS	SOFT +	ÉQUILIBRE +	HARMONIE +	OPTIMUM +
Honoraires médicaux				
Visites, consultations, actes techniques, des médecins traitants généralistes et spécialistes, (y compris sage-femme) (Praticiens adhérents à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Visites, consultations, actes techniques, des médecins traitants généralistes et spécialistes, (y compris sage-femme) (Praticiens non adhérents à un DPTAM)	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Forfait sur les actes dits "lourds" (actes ≥ 120 €) en consultation externe	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Analyses et examens de laboratoire				
Prélèvements, analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux : masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes...	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Transports, ambulances				
Ambulances, véhicules sanitaires légers et taxis conventionnés	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Imagerie médicale				
Actes d'imagerie médicale et d'échographie (Praticiens adhérents à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes d'imagerie médicale et d'échographie (Praticiens non adhérents à un DPTAM)	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par le régime obligatoire	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par le régime obligatoire	-	50 % FR	75 % FR	100 % FR
Médicaments - Pharmacie				
Médicaments remboursés par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait annuel contraceptif féminin non remboursé par le régime obligatoire	-	50 €	75 €	100 €
Forfait annuel vaccins non remboursés par le régime obligatoire	-	40 €	60 €	80 €
Forfait annuel sevrage tabagique	-	75 €	100 €	125 €
Matériel médical				
Orthopédie et accessoires médicaux (petit appareillage)	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait annuel complémentaire orthopédie et accessoires médicaux remboursés par le régime obligatoire	100 €	150 €	200 €	300 €
Forfait annuel gros appareillage (hors dentaire et auditif)	-	600 €	1 200 €	1 800 €
 AIDES AUDITIVES				
Aides auditives (classe II)				
Aide auditive ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par oreille) - enfant de ≤ 20 ans	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Aide auditive ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par oreille) - adulte de > 20 ans	100 % BR	500 €	600 €	700 €
Équipements 100 % santé * (classe I)				
Aides auditives relevant du 100 % santé - enfant de ≤ 20 ans ▲	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **
Aides auditives relevant du 100 % santé - adulte de > 20 ans ▲	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **
* Tels que définis réglementairement (équipement sans reste à charge pour les équipements classe I à partir de 2021). ** Sous réserve du respect par le professionnel de santé du prix limite de vente "PLV" prévu par la réglementation.				
Autres				
Réparations et accessoires remboursés par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait annuel complémentaire piles (par appareil)	-	30 €	30 €	30 €
 DENTAIRE				
Soins et prothèses dentaires 100 % santé *				
Soins et prothèses dentaires relevant du dispositif 100 % santé	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **
* Tels que définis réglementairement (équipement sans reste à charge selon : type de prothèse, matériau et emplacement de la dent). ** Sous réserve du respect par le professionnel de santé du prix limite de facturation "PLF" prévu à la réglementation.				
Autres pratiques dentaires *				
Soins dentaires, actes dentaires remboursés par le régime obligatoire et ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Inlays-Core remboursés par le RO et ne relevant pas du dispositif 100 % santé	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Inlays-Core remboursés par la CNS du Luxembourg	200 % Tarif caisse	300 % Tarif caisse	400 % Tarif caisse	500 % Tarif caisse
Prothèses dentaires remboursées par le RO et ne relevant pas du dispositif 100 % santé	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la CNS du Luxembourg	200 % Tarif caisse	300 % Tarif caisse	400 % Tarif caisse	500 % Tarif caisse
Forfait annuel prothèses dentaires non remboursées par le RO (liste des actes disponible à l'art. 3.11 du règlement mutualiste)	100 €	200 €	400 €	500 €
Forfait annuel implantologie	-	400 €	700 €	1 000 €
Forfait annuel parodontologie	-	150 €	200 €	250 €
Orthodontie acceptée par le RO	150 % BR	260 % BR	310 % BR	360 % BR
Orthodontie acceptée par la CNS du Luxembourg	100 % Tarif caisse	260 % Tarif caisse	310 % Tarif caisse	360 % Tarif caisse
Forfait annuel orthodontie non remboursée par le RO	-	300 €	400 €	500 €
Plafond annuel de remboursement pour les prothèses remboursées et non remboursées, Inlays-Core et implantologie uniquement pour les actes ne relevant pas du dispositif 100 % santé.	1 000 €	2 000 €	3 000 €	4 000 €
Au-delà du forfait annuel, seul le ticket modérateur est couvert à 100 %.				
* Tels que définis réglementairement (respect des prix limites de facturation pour le panier à tarifs maîtrisés).				

 OPTIQUE	SOFT +	ÉQUILIBRE +	HARMONIE +	OPTIMUM +
Verres ou monture 100 % santé * (classe A)				
Monture relevant du dispositif 100 % santé	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **
Verres simples, complexes et très complexes relevant du dispositif 100 % santé	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **
Suppléments et prestations optiques	Prise en charge dans la limite du PLV (ou du TM lorsqu'il n'existe pas de PLV)			
* Tels que définis réglementairement (respect des prix limites de vente pour les verres et/ou monture de classe A). ** Sous réserve du respect par le professionnel de santé du prix limite de vente "PLV" prévu par la réglementation.				
Autres verres ou monture * (classe B)				
Forfait monture ne relevant pas du dispositif 100 % santé	50 €	70 €	90 €	100 €
Forfait verres simples ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par verre)	50 €	80 €	110 €	140 €
Forfait verres complexes et très complexes ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par verre)	75 €	140 €	170 €	200 €
Suppléments et prestations optiques ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
* Tels que définis réglementairement (tarifs libres pour les verres et/ou monture de classe B). ATTENTION FRONTALIERS LUX : le remboursement total (CNS + mutuelle) d'un équipement ne peut excéder 420 €* / 560 €* / 610 €* / 700 €* / 750 €* / 800 €* selon la catégorie des verres. Dans tous les cas, le remboursement de la monture ne peut excéder 100 € (CNS inclus).				
Autres prestations optique (classe B)				
Forfait annuel lentilles acceptées ou refusées par le RO	150 €	200 €	250 €	300 €
Au-delà du forfait annuel, le ticket modérateur est couvert à 100 %.				
Forfait annuel chirurgie correctrice de l'œil (par œil)	200 €	300 €	400 €	500 €

 HOSPITALISATION	SOFT +	ÉQUILIBRE +	HARMONIE +	OPTIMUM +
Honoraires				
Soins et honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie et d'obstétrique (Praticiens adhérents au DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Soins et honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie et d'obstétrique (Praticiens non-adhérents au DPTAM)	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Forfait sur les actes dits "lourds" (actes ≥ à 120 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Séjour hospitalier				
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait journalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière en hospitalisation médicale ou chirurgicale et maternité	40 €/jour limitée à 30 jours/an	60 €/jour limitée à 30 jours/an	80 €/jour limitée à 60 jours/an	120 €/jour limitée à 90 jours/an
Forfait chambre particulière en établissement de repos et de convalescence et assimilés	40 €/jour limitée à 30 jours/an	60 €/jour limitée à 30 jours/an	80 €/jour limitée à 30 jours/an	120 €/jour limitée à 30 jours/an
Forfait frais d'accompagnement	25 €/jour limitée à 30 jours/an	40 €/jour limitée à 30 jours/an	50 €/jour limitée à 60 jours/an	60 €/jour limitée à 90 jours/an
Forfait annuel télévision	30 €	30 €	30 €	30 €

 BIEN-ÊTRE	SOFT +	ÉQUILIBRE +	HARMONIE +	OPTIMUM +
Cure Thermale				
Forfait de surveillance médicale (consultations thermales)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait annuel (forfait thermal, frais de transport et hébergement)	-	300 €	400 €	500 €
Médecines complémentaires				
Forfait annuel médecines douces et actes non remboursés par le régime obligatoire	50 €	100 €	150 €	200 €

 PRÉVENTION	SOFT +	ÉQUILIBRE +	HARMONIE +	OPTIMUM +
Actes de prévention remboursables Art L. 871 1 du Code de la Sécurité Sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE	SOFT +	ÉQUILIBRE +	HARMONIE +	OPTIMUM +
Voir conditions sur livret spécifique assistance : remis à l'adhésion / disponible en agence ou dans votre espace adhérent accessible sur www.gmi-mutuelle.fr	OUI			

PRÉVOYANCE ACCIDENT	Remboursements MODULE ACCIDENT	
	Indemnités journalières d'hospitalisation	Capital Décès
Niveau 1 - Inclus		
Accident de la circulation	24 €	16 000 €
Autres accidents	16 €	8 000 €
Niveau 2 - Renfort optionnel		
Accident de la circulation	48 €	32 000 €
Autres accidents	24 €	16 000 €
Niveau 3 - Renfort optionnel		
Accident de la circulation	64 €	64 000 €
Autres accidents	32 €	32 000 €

CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES / INFORMATIONS
<p>ABRÉVIATIONS RO = Régime Obligatoire - TM = Ticket Modérateur (100 % RO) - FR = Frais Réels - BR = Base de Remboursement - Tarif Caisse = Base de remboursement utilisée par la CNS - CNS = Caisse Nationale de Santé du Luxembourg. PLV = Prix Limite de Vente - PLF = Prix Limite de Facturation. OPTAM = Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM CO = Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgien Obstétricien. DPTAM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO).</p>

<p>AIDES AUDITIVES Limitée à la prise en charge d'un équipement par période de 4 ans, à compter de la date d'acquisition.</p>

<p>OPTIQUE Limitée à la prise en charge d'un équipement par période de 2 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. Les délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application de ce délai. Se référer au règlement mutualiste pour connaître les conditions de renouvellement anticipé des équipements d'optique et les catégories de verres (verres simples-complexes-très complexes). Un équipement peut-être composé de deux verres d'une part et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes différentes (A ou B). La prise en charge de deux équipements est autorisée (intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux). Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. Le forfait monture (remboursement mutuelle et RO) ne peut excéder 100 €. Dans tous les cas, la mutuelle doit respecter les plafonds suivants pour les équipements de classe B : *420 € pour 2 verres simples + 1 monture / *560 € pour 1 verre simple + 1 verre complexe + 1 monture / *700 € pour 2 verres complexes + 1 monture / *610 € pour 1 verre simple + 1 verre très complexe + 1 monture / *750 € pour 1 verre complexe + 1 verre très complexe + 1 monture / *800 € pour 2 verres très complexes + 1 monture. Ces maxima de prise en charge s'entendent y compris remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et participation de l'assuré.</p>
--

<p>HOSPITALISATION ⁽¹⁾ Prise en charge limitée à 60 jours par an pour les séjours en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) / pas de prise en charge pour les séjours en EHPAD et USLD.</p>
--

<p>MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES Consultations : ostéopathie / chiropratique / psychologie / étiothérapie / microkinésithérapie / pédicurie / podologie / acupuncture / homéopathie / diététique / nutritionniste.</p>
--

<p>ASSISTANCE GMI assistance est garantie par GARANTIE ASSISTANCE - immatriculée sous le N° 312517490 RCS Nanterre - Entreprise régie par le Code des Assurances.</p>

<p>PRÉVOYANCE ACCIDENT Garanties assurées par la Mutuelle Générale de Prévoyance, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée à l'INSEE sous le numéro 337 682 660. Siège social : 39, rue du Jourdil - 74960 CRAN GEVRIER. Se référer à la notice d'information correspondante.</p>
--