



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'honoraires 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	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
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	130 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Visites, consultations, actes techniques, des médecins traitants généralistes et spécialistes, (y compris sage-femme) (Praticiens non adhérents à un DPTAM)	100 % BR	110 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Forfait sur les actes dits "lourds" (actes ≥ à 120 €) en consultation externe	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Analyses et examens de laboratoire					
Prélèvements, analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux : masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes...	100 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Transports, ambulances					
Ambulances, véhicules sanitaires légers et taxis conventionnés	100 % BR	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	100 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale et d'échographie (Praticiens non adhérents à un DPTAM)	100 % BR	100 % BR	110 % BR	130 % BR	180 % BR
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % 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	100 % BR
Forfait annuel pharmacie prescrite non remboursée par le régime obligatoire	-	15 €	30 €	45 €	60 €
Forfait annuel contraceptif féminin non remboursé par le régime obligatoire	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Forfait annuel sevrage tabagique	50 €	50 €	50 €	50 €	50 €
Forfait annuel vaccins non remboursés par le régime obligatoire	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Médecines complémentaires					
Forfait annuel médecines douces et actes non remboursés par le régime obligatoire	50 €	75 €	120 €	150 €	180 €
Cure Thermale					
Forfait de surveillance médicale (consultations thermales)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait annuel (forfait thermal, frais de transport et hébergement)	100 €	150 €	175 €	200 €	250 €
Matériel médical					
Orthopédie et accessoires médicaux (petit appareillage)	100 % BR	130 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Forfait annuel complémentaire orthopédie et accessoires médicaux remboursés par le régime obligatoire	80 €	100 €	150 €	170 €	200 €
Forfait annuel gros appareillage (hors dentaire et auditif)	-	-	20 % PMSS	40 % PMSS	60 % PMSS
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	100 % BR
Aide auditive ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par oreille) - adulte de > 20 ans	160 €	200 €	300 €	400 €	500 €
Équipements 100 % santé * (classe I)					
À PARTIR DE 2021 ▲					
Aides auditives relevant du 100 % santé - enfant de ≤ 20 ans ▲	Frais réels **	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 **	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	100 % BR
Forfait annuel complémentaire piles (par appareil)	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €

 DENTAIRE	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Soins et prothèses dentaires 100 % santé *					
Soins et prothèses dentaires relevant du dispositif 100 % santé	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **
* TELS QUE DÉFINIS RÉGLEMENTAIREMENT (ÉQUIPEMENT SANS RESTE À CHARGE SELON : TYPE DE PROTHÈSE, MATÉRIEL ET EMPLACEMENT DE LA DENT). ** SOUS RÉSERVE DU RESPECT PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ DU PRIX LIMITE DE FACTURATION "PLF" PRÉVU PAR 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	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlays-Core remboursés par le RO et ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Inlays-Core remboursés par la CNS du Luxembourg	140 % Tarif caisse	165 % Tarif caisse	200 % Tarif caisse	270 % Tarif caisse	330 % Tarif caisse
Prothèses dentaires remboursées par le RO et ne relevant pas du dispositif 100 % santé	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la CNS du Luxembourg	100 % Tarif caisse	100 % Tarif caisse	120 % Tarif caisse	150 % Tarif caisse	190 % Tarif caisse
Forfait annuel prothèses dentaires non remboursées par le RO (liste des actes disponible à l'art. 3.11 du règlement mutualiste)	-	150 €	300 €	400 €	500 €
Forfait annuel implantologie	150 €	200 €	300 €	400 €	500 €
Forfait annuel parodontologie	75 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Orthodontie acceptée par le RO	160 % BR	180 % BR	210 % BR	230 % BR	260 % BR
Orthodontie acceptée par la CNS du Luxembourg	100 % Tarif caisse	100 % Tarif caisse	100 % Tarif caisse	110 % Tarif caisse	120 % Tarif caisse
Forfait annuel orthodontie non remboursée par le RO	50 €	50 €	100 €	150 €	200 €
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.	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €	2 000 €
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

Verres ou monture 100 % santé * (classe A)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Monture relevant du dispositif 100 % santé	Frais réels **	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 **	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)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Forfait monture ne relevant pas du dispositif 100 % santé	50 €	60 €	70 €	80 €	100 €
Forfait verres simples ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par verre)	25 €	50 €	70 €	85 €	100 €
Forfait verres complexes et très complexes ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par verre)	75 €	100 €	130 €	160 €	200 €
Suppléments et prestations optiques ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR	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)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Forfait annuel lentilles acceptées ou refusées par le RO	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €
Au-delà du forfait annuel, le ticket modérateur est couvert à 100 %.					
Forfait annuel chirurgie correctrice de l'œil (par œil)	150 €	200 €	300 €	400 €	500 €

HOSPITALISATION

Honoraires

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Soins et honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie et d'obstétrique (Praticiens adhérents au DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	100 % BR	130 % BR	150 % BR	180 % BR	200 % BR
Soins et honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie et d'obstétrique (Praticiens non-adhérents au DPTAM)	100 % BR	110 % BR	130 % BR	160 % BR	180 % BR
Forfait sur les actes dits "lourds" (actes ≥ à 120 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

Séjour hospitalier

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier ⁽¹⁾	Frais réels	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	50 €/jour limitée à 30 jours/an	60 €/jour limitée à 40 jours/an	70 €/jour limitée à 50 jours/an	90 €/jour limitée à 60 jours/an
Forfait chambre particulière en établissement de repos et de convalescence et assimilés (durée limitée à 30 JOURS PAR AN)	40 € / jour	50 € / jour	50 € / jour	60 € / jour	60 € / jour
Forfait frais d'accompagnement (durée limitée à 30 JOURS PAR AN)	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Forfait annuel amniocentèse ou fécondation in vitro non remboursée par le régime obligatoire	-	50 €	75 €	100 €	150 €
Forfait annuel télévision	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €

PRÉVENTION

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Actes de prévention remboursables Art L. 871 1 du Code de la Sécurité Sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
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		

CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES / INFORMATIONS

ABRÉVIATIONS

RO = Régime Obligatoire - TM = Ticket Modérateur (100 % RO) - FR = Frais Réels - BR = Base de Remboursement - PMSS = Plafond Mensuel Sécurité Sociale - 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).

AIDES AUDITIVES

Limitée à la prise en charge d'un équipement par période de 4 ans, à compter de la date d'acquisition.

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.

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.

MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES

Consultations : ostéopathie / chiropratique / psychologie / étiopathie / microkinésithérapie / pédicurie / podologie / acupuncture / homéopathie / diététique / nutritionniste.

ASSISTANCE

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