







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 2022**

 <b>SOINS COURANTS</b>	<b>ESSENTIELLE</b>
<b>Honoraires médicaux</b>	
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
Visites, consultations, actes techniques, des médecins traitants généralistes et spécialistes, (y compris sage-femme) (Praticiens non adhérents à un DPTAM)	100 % BR
Forfait sur les actes dits "lourds" (actes ≥ à 120 €) en consultation externe	Frais réels
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Prélèvements, analyses et examens de laboratoire	100 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Auxiliaires médicaux : masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes...	100 % BR
<b>Transports, ambulances</b>	
Ambulances, véhicules sanitaires légers et taxis conventionnés	100 % BR
<b>Imagerie médicale</b>	
Actes d'imagerie médicale et d'échographie (Praticiens adhérents à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	100 % BR
Actes d'imagerie médicale et d'échographie (Praticiens non adhérents à un DPTAM)	100 % BR
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par le régime obligatoire	100 % BR
Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par le régime obligatoire	-
<b>Médicaments - Pharmacie</b>	
Médicaments remboursés par le régime obligatoire	100 % BR
Forfait annuel pharmacie prescrite non remboursée par le régime obligatoire	-
Forfait annuel contraceptif féminin non remboursé par le régime obligatoire	-
Forfait annuel sevrage tabagique	-
Forfait annuel vaccins non remboursés par le régime obligatoire	-
<b>Matériel médical</b>	
Orthopédie et accessoires médicaux (petit appareillage)	100 % BR
Forfait annuel complémentaire orthopédie et accessoires médicaux remboursés par le régime obligatoire	-
Forfait annuel gros appareillage (hors dentaire et auditif)	-
<b> AIDES AUDITIVES</b>	
<b>Aides auditives (classe II)</b>	
Aide auditive ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par oreille) - enfant de ≤ 20 ans	100 % BR
Aide auditive ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par oreille) - adulte de > 20 ans	100 % BR
<b>Équipements 100 % santé * (classe I)</b>	
Aides auditives relevant du 100 % santé - enfant de ≤ 20 ans	Frais réels **
Aides auditives relevant du 100 % santé - adulte de > 20 ans	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.	
<b>Autres</b>	
Réparations et accessoires remboursés par le RO	100 % BR
Forfait annuel complémentaire piles	-
<b> DENTAIRE</b>	
<b>Soins et prothèses dentaires 100 % santé *</b>	
Soins et prothèses dentaires relevant du dispositif 100 % santé	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.	
<b>Autres pratiques dentaires *</b>	
Soins dentaires, actes dentaires remboursés par le régime obligatoire et ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR
Inlays-Core remboursés par le RO et ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR
Inlays-Core remboursés par la CNS du Luxembourg	140 % Tarif caisse
Prothèses dentaires remboursées par le RO et ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la CNS du Luxembourg	100 % Tarif caisse
Forfait annuel prothèses dentaires non remboursées par le RO (liste des actes disponible à l'art. 3.11 du règlement mutualiste)	-
Forfait annuel implantologie	-
Forfait annuel parodontologie	-
Orthodontie acceptée par le RO	100 % BR
Orthodontie acceptée par la CNS du Luxembourg	100 % Tarif caisse
Forfait annuel orthodontie non remboursée par le RO	-
* Tels que définis réglementairement (respect des prix limites de facturation pour le panier à tarifs maîtrisés).	

 OPTIQUE	ESSENTIELLE
<b>Verres ou monture 100 % santé * (classe A)</b>	
Monture relevant du dispositif 100 % santé	Frais réels **
Verres simples, complexes et très complexes relevant du dispositif 100 % santé	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.	
<b>Autres verres ou monture * (classe B)</b>	
Forfait monture ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR
Forfait verres simples ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par verre)	100 % BR
Forfait verres complexes et très complexes ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par verre)	100 % BR
Suppléments et prestations optiques ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR
* Tels que définis réglementairement (tarifs libres pour les verres et/ou monture de classe B). <b>ATTENTION FRONTALIERS LUX</b> : 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).	
<b>Autres prestations optique (classe B)</b>	
Forfait annuel lentilles acceptées ou refusées par le ROZ <b>Au-delà du forfait annuel, le ticket modérateur est couvert à 100 %.</b>	100 % BR
Forfait annuel chirurgie correctrice de l'œil (par œil)	-

 HOSPITALISATION	ESSENTIELLE
<b>Honoraires</b>	
Soins et honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie et d'obstétrique (Praticiens adhérents au DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	100 % BR
Soins et honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie et d'obstétrique (Praticiens non-adhérents au DPTAM)	100 % BR
Forfait sur les actes dits "lourds" (actes ≥ à 120 €)	Frais réels
Forfait Patient Urgences (FPU - Forfait non suivi d'une hospitalisation)	Frais réels
<b>Séjour hospitalier</b>	
Frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier <sup>(1)</sup>	Frais réels
Forfait chambre particulière en hospitalisation médicale ou chirurgicale et maternité	-
Forfait chambre particulière en établissement de repos et de convalescence et assimilés	-
Forfait frais d'accompagnement	-
Forfait annuel amniocentèse ou fécondation in vitro non remboursée par le régime obligatoire	-
Forfait annuel télévision	-

 BIEN-ÊTRE	ESSENTIELLE
<b>Cure Thermale</b>	
Forfait de surveillance médicale (consultations thermales)	100 % BR
Forfait annuel (forfait thermal, frais de transport et hébergement)	-
<b>Médecines complémentaires</b>	
Forfait annuel médecines douces et actes non remboursés par le régime obligatoire	-

 PRÉVENTION	ESSENTIELLE
Actes de prévention remboursables Art L. 871 1 du Code de la Sécurité Sociale	100 % BR

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE	ESSENTIELLE
Voir conditions sur livret spécifique assistance : remis à l'adhésion / disponible en agence ou dans votre espace adhérent accessible sur <a href="http://www.gmi-mutuelle.fr">www.gmi-mutuelle.fr</a>	OUI

## CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES / INFORMATIONS

**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).

**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**  
<sup>(1)</sup> 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.