




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 2022**

 <b>SOINS COURANTS</b>	<b>TERRI A</b>	<b>TERRI B</b>	<b>TERRI C</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	150 % BR	200 % 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
Forfait sur les actes dits "lourds" (actes ≥ à 120 €) en consultation externe	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Prélèvements, analyses et examens de laboratoire	100 % BR	130 % BR	150 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux : masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes...	100 % BR	130 % BR	150 % BR
<b>Transports, ambulances</b>			
Ambulances, véhicules sanitaires légers et taxis conventionnés	100 % BR	100 % BR	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	130 % BR	150 % BR
Actes d'imagerie médicale et d'échographie (Praticiens non adhérents à un DPTAM)	100 % BR	110 % BR	130 % BR
Ostéodensitométrie osseuse remboursée par le régime obligatoire	100 % BR	130 % BR	150 % BR
Forfait annuel ostéodensitométrie osseuse non remboursée par le régime obligatoire	-	40 €	60 €
<b>Médicaments - Pharmacie</b>			
Médicaments remboursés par le régime obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait annuel pharmacie prescrite non remboursée par le régime obligatoire	15 €	50 €	70 €
Forfait annuel contraceptif féminin non remboursé par le régime obligatoire	-	40 €	60 €
Forfait annuel vaccins non remboursés par le régime obligatoire	50 €	100 €	150 €
<b>Matériel médical</b>			
Orthopédie et accessoires médicaux (petit appareillage)	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Forfait annuel complémentaire orthopédie et accessoires médicaux remboursés par le régime obligatoire	50 €	100 €	150 €
<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	100 % BR	100 % BR
Aide auditive ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par oreille) - adulte de > 20 ans	250 €	350 €	500 €
<b>Équipements 100 % santé * (classe I)</b>			
Aides auditives relevant du 100 % santé - enfant de ≤ 20 ans	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **
Aides auditives relevant du 100 % santé - adulte de > 20 ans	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.			
<b>Autres</b>			
Réparations et accessoires remboursés par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait annuel complémentaire piles	60 €	60 €	60 €
<b> DENTAIRE</b>			
<b>Soins et prothèses dentaires 100 % santé *</b>			
Soins et prothèses dentaires relevant du dispositif 100 % santé	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.			
<b>Autres pratiques dentaires *</b>			
Soins dentaires, actes dentaires remboursés par le régime obligatoire et ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Inlays-Core remboursés par le RO et ne relevant pas du dispositif 100 % santé	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Inlays-Core remboursés par la CNS du Luxembourg	140 % Tarif caisse	270 % Tarif caisse	330 % Tarif caisse
Prothèses dentaires remboursées par le RO et ne relevant pas du dispositif 100 % santé	200 % BR	300 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la CNS du Luxembourg	100 % Tarif caisse	140 % 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)	200 €	400 €	500 €
Forfait annuel implantologie	200 €	400 €	500 €
Forfait annuel parodontologie	100 €	200 €	250 €
Orthodontie acceptée par le RO	180 % BR	230 % BR	260 % BR
Orthodontie acceptée par la CNS du Luxembourg	100 % Tarif caisse	110 % Tarif caisse	120 % Tarif caisse
Forfait annuel orthodontie non remboursée par le RO	50 €	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. <b>Au-delà du forfait annuel, seul le ticket modérateur est couvert à 100 %.</b>	750 €	1 500 €	2 000 €
* Tels que définis réglementairement (respect des prix limites de facturation pour le panier à tarifs maîtrisés).			

 OPTIQUE	TERRI A	TERRI B	TERRI C
---	---------	---------	---------

**Verres ou monture 100 % santé \* (classe A)**

Monture relevant du dispositif 100 % santé	Frais réels **	Frais réels **	Frais réels **
Verres simples, complexes et très complexes relevant du dispositif 100 % santé	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 €	80 €	100 €
Forfait verres simples ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par verre)	50 €	75 €	100 €
Forfait verres complexes et très complexes ne relevant pas du dispositif 100 % santé (par verre)	100 €	130 €	160 €
Suppléments et prestations optiques ne relevant pas du dispositif 100 % santé	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 €
<b>Au-delà du forfait annuel, le ticket modérateur est couvert à 100 %.</b>			
Forfait annuel chirurgie correctrice de l'œil (par œil)	200 €	300 €	400 €

 HOSPITALISATION	TERRI A	TERRI B	TERRI C
---	---------	---------	---------

**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
Soins et honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie et d'obstétrique (Praticiens non-adhérents au DPTAM)	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Forfait sur les actes dits "lourds" (actes ≥ à 120 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient Urgences (FPU - Forfait non suivi d'une hospitalisation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels

**Séjour hospitalier**

Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier <sup>(1)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière en hospitalisation médicale ou chirurgicale et maternité	30 € / jour limitée à 30 jours/an	60 € / jour limitée à 60 jours/an	80 € / jour limitée à 90 jours/an
Forfait chambre particulière en établissement de repos et de convalescence et assimilés	25 € / jour limitée à 30 jours/an	50 € / jour limitée à 30 jours/an	60 € / jour limitée à 30 jours/an
Forfait frais d'accompagnement	25 € / jour limitée à 30 jours/an	40 € / jour limitée à 60 jours/an	50 € / jour limitée à 60 jours/an
Forfait annuel amniocentèse ou fécondation in vitro non remboursée par le régime obligatoire	-	75 €	100 €
Forfait annuel télévision	30 €	30 €	30 €

 BIEN-ÊTRE	TERRI A	TERRI B	TERRI C
---	---------	---------	---------

**Cure Thermale**

Forfait de surveillance médicale (consultations thermales)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait annuel (forfait thermal, frais de transport et hébergement)	150 €	200 €	250 €

**Médecines complémentaires**

1 <sup>re</sup> année - Forfait annuel médecines douces et actes non remboursés par le régime obligatoire	75 €	120 €	150 €
Bonus 2 <sup>e</sup> année adhésion - Forfait annuel médecines douces et actes non remboursés par le régime obligatoire	+ 25 € (FFT 100 €)	+ 30 € (FFT 150 €)	+ 50 € (FFT 200 €)
Bonus 3 <sup>e</sup> année adhésion et suivantes - Forfait annuel médecines douces et actes non remboursés par le régime obligatoire	+ 50 € (FFT 150 €)	+ 50 € (FFT 200 €)	+ 50 € (FFT 250 €)

 PRÉVENTION	TERRI A	TERRI B	TERRI C
--	---------	---------	---------

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

ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE	TERRI A	TERRI B	TERRI C
----------------------------	---------	---------	---------

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 / étiothérapie / 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.