



# Saule

## Maladie

Honoraires médicaux <small>(consultations généralistes, consultations spécialistes, actes techniques médicaux, actes d'imagerie...)</small>	100 %
Pharmacie <small>(vignettes blanches)</small>	100 %
Pharmacie <small>(vignettes bleues)</small>	100 %
Analyses médicales	100 %
Auxiliaires médicaux	100 %
Appareillage orthopédique et autres prothèses	100 %
Prothèses acceptées <small>(mammaires, oculaires ou capillaires)</small>	100 %

## Transport

Transport ambulance <small>(max. 200 €/an)</small>	100 %
--	-------

## Dentaire

Soins dentaires	<input checked="" type="radio"/> 100 %
Prothèses dentaires acceptées	100 %
Orthodontie acceptée	100 %
Orthodontie hors nomenclature et chirurgie parodontale <small>(préprothétique ou curative)</small>	100 %
Implants dentaires	
Plafond prothèses dentaires, orthodontie, chirurgie parodontale et implants dentaires	760 €

## Optique

Lunettes / lentilles remboursées	100 %
Forfait lunettes remboursées, équipement unifocal	
ou Forfait lunettes remboursées, équipement multifocal	
ou Forfait lentilles remboursées	
Forfait lentilles hors nomenclature	
Chirurgie corrective de l'œil	
Adaptation de lentilles	

## Acoustique

Appareil accepté	65 %
Forfait appareil accepté <small>(par oreille et par an)</small>	
Forfait appareil H.N. <small>(par oreille et par an)</small>	

## Hospitalisation\*

Frais de séjour	100 %
Honoraires / soins	100 %
Chambre particulière	
Forfait journalier	100 %
Frais d'accompagnant** <small>(sauf psychiatrie) plafonnés à 15 jours par hospitalisation</small>	
Frais de télévision <small>pris en charge à partir du 5<sup>e</sup> jour d'hospitalisation et plafonnés à 260 € annuel</small>	
Nombre de jours maximum de prise en charge par année civile <small>limite en chirurgie / médecine / médecine spécialisée / psychiatrie</small>	ill/100 j. 90 j./30 j.

## Cure thermale

Cures thermales	100 %
Cures	



Des soins courants à **100%**  
**Le tiers payant** pharmacie

## Exemples de remboursements

- Vous vous rendez à la pharmacie pour l'achat de votre moyen de contraception (pilule prescrite, préservatifs...).

Dépense engagée : 15,50 € pour la facture pharmacie  
Prise en charge Landes Mutualité : 15,50 €  
déductibles de votre forfait annuel de 90 €

À la charge de l'adhérent

0€

- Votre dentiste pratique le détartrage annuel recommandé.

Dépense engagée : 28,92 € pour la séance  
Prise en charge du Régime Obligatoire : 20,24 €  
Prise en charge Landes Mutualité : 8,68 €

À la charge de l'adhérent

0€

## La prévention


### Les forfaits

Contraception féminine et masculine <input checked="" type="radio"/>	90 €
Vaccins non remboursés RO	10 €
Médicaments d'aide au sevrage tabagique <small>(après intervention du RO)</small>	75 €
Bilan parodontal <small>(avec test salivaire ou test bactérien)</small>	25 €
Ostéodensitométrie	30 €

### Les forfaits + : protection famille

Orthopédie acceptée	20 €
Pédicure, podologie <small>(soins)</small>	20 €
Acupuncture, homéopathie, ostéopathie <small>(consultations)</small>	25 €
Soins de remise en forme suite à maternité <small>(enfant inscrit dans le mois qui suit la naissance, soins effectués dans les 6 mois)</small>	25 €

## Prévention

	Enfant jusqu'à 10 ans	Ado de 10 à 17 ans	Adulte de 18 à 64 ans	Sénior plus de 65 ans
Examen dermatologique annuel (acné, grains de beauté, lésions)	OUI	OUI	OUI	OUI
Vaccins	Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche avant 14 ans, BCG avant 6 ans, Hépatite B avant 14 ans, <i>Haemophilus, Influenzae B</i> , vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants < 18 mois	Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche avant 14 ans, Hépatite B avant 14 ans, <i>Haemophilus, Influenzae B</i>	Diphtérie, tétanos, poliomyélite, <i>Haemophilus, Influenzae B</i>	Diphtérie, tétanos, poliomyélite, <i>Haemophilus, Influenzae B</i>
Dépistage de l'hépatite B	OUI	OUI	OUI	OUI
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (1 <sup>er</sup> bilan enfant < 14 ans)	OUI	OUI avant 14 ans		
Bilan alimentaire avec évaluation de l'exercice physique si surpoids		OUI	OUI	OUI
Évaluation des comportements à risque pour éviter les abus : tabac, alcool, drogue		OUI	OUI	OUI
Examen cardiovasculaire annuel (avec prise de tension artérielle)			OUI	OUI
Bilan métabolique : cholestérol, glycémie et acide urique, tous les 2 ans			OUI	OUI
Bilan neurologique clinique pour le dépistage des accidents vasculaires et les maladies dues au vieillissement cérébral, à partir de 65 ans si besoin				OUI
Coloscopie en fonction des antécédents familiaux (cancer du colon) ou en cas de saignement			OUI	OUI
Examen des bourses chez le garçon pour détecter une éventuelle ectopie testiculaire, tous les ans	OUI			
Examen de la prostate, tous les 2 ans			OUI à partir de 50 ans	OUI
Vaccins : rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant		OUI	OUI	
Vaccin papillomavirus (cancer du col de l'utérus) jeunes filles de 14 à 23 ans qui n'ont pas eu de rapport sexuel ou au plus tard dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle		OUI à partir de 14 ans	OUI jusqu'à 23 ans	
Examen gynécologique annuel avec frottis du col		OUI	OUI	OUI
Mammographie (dépistage cancer du sein) tous les 2 ans			OUI à partir de 50 ans	OUI
Ostéodensitométrie, tous les 6 ans			OUI à partir de 50 ans	OUI
Examen dentaire annuel	OUI	OUI	OUI	OUI
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, sur les 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>o</sup> molaires permanentes, une fois par dent, en cas de risque carieux	OUI	OUI avant 14 ans		
Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en 2 séances maximum 		OUI	OUI	OUI
Examen ophtalmologique	Chez le nourrisson avant l'entrée à l'école puis tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans	Tous les 2 ans (prévention de la cataracte)
Dépistage des troubles de l'audition (audiométrie tonale et/ou vocale avec ou sans tympanométrie) une fois tous les 5 ans			OUI à partir de 50 ans	OUI

Dans le cadre du parcours de soins, remboursements suivant la grille de garantie

PRÉVENTION CANCER PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE

Les prestations tiennent compte du remboursement du Régime Obligatoire et de Landes Mutualité. Les prestations sont prises en charge sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale et dans la limite des dépenses engagées. Une modification des taux de remboursement du Régime Obligatoire n'engage pas la mutuelle. Les prestations respectent les contraintes et les obligations des "contrats responsables". La majoration du ticket modérateur payé par l'assuré lorsque celui-ci consultera hors parcours de soins n'est pas prise en charge (majoration fixée par décret).

Les prestations exprimées en forfait (euro ou pourcentage du PMSS) sont limitées par an et par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par votre complémentaire santé conformément à l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale :

- 0,50 € par boîte de médicaments,
  - 0,50 € par acte paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste et pédicure-podologue),
  - 2 € par transport sanitaire (taxi, VSL, ambulance, sauf en cas d'urgence)
- Plafond : 50 €/an, au total.

\* La durée de ces prestations est liée à la nature de l'hospitalisation.

\*\* Frais accompagnant : cette prestation concerne exclusivement les nuits et les repas facturés par l'établissement de soins à la personne accompagnant une personne hospitalisée (voir règlement mutualiste). Dans le cadre d'une hospitalisation chirurgicale, le remboursement est effectué, sans limite d'âge de la personne hospitalisée. Dans les autres cas, le remboursement est effectué si la personne hospitalisée a moins de 16 ans ou plus de 60 ans.

Une participation forfaitaire de 18 €, non remboursée par la Sécurité sociale, s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50. Ce forfait est pris en charge par votre mutuelle.

La participation forfaitaire de 1 €, demandée pour chaque consultation, examen ou analyse si vous êtes âgés de plus de 18 ans, n'est pas prise en charge par la mutuelle.

Saule



**Vous accompagner.**