

Les prestations sont en conformité avec les exigences posées par l’article L871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats responsables et les décrets pris pour son application (notamment le décret 2019-21 du 11/01/2019 modifiant l’article R871-2 du Code de la Sécurité sociale). Elles sont également conformes aux exigences posées par l'article L911-7 du Code de la Sécurité sociale relatif à la couverture minimale obligatoire dite Panier de soins.

Les prestations Frais médicaux décrites ci-dessous sont en complément des régimes obligatoires de la Sécurité sociale, sauf exception précisée expressément et dans la limite des frais réellement engagés

Prestations		Remboursement Sécurité sociale	Régime responsable Esso Actifs / Retraités	Régime responsable Esso Actifs / Retraités Plus
Les remboursements de l'option facultative Esso Actifs / Retraités Plus s'ajoutent aux prestations de la garantie de base Esso Actifs / Retraités				
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites : généralistes, spécialistes, professeurs	DPTM	70% ou 100% de la BR	150% de la BR	-
	HORS DPTM	70% ou 100% de la BR	130% de la BR	-
Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM	70% de la BR	120% de la BR	30% de la BR
	HORS DPTM	70% de la BR	100% de la BR	30% de la BR
Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA)	DPTM	70% de la BR	142% de la BR	8% de la BR
	HORS DPTM	70% de la BR	122% de la BR	8% de la BR
Imagerie médicale : actes d'imagerie (ADI), actes d'échographie (ADE)	DPTM	70% de la BR	120% de la BR	30% de la BR
	HORS DPTM	70% de la BR	100% de la BR	30% de la BR
Ostéodensitométrie non remboursée		-	30% des FR	-
Consultation de psychologues remboursées par la Sécurité sociale - dispositif MonSoutienPsy		60% BR	40% BR	-
Honoraires paramédicaux (Auxiliaires médicaux)		60% de la BR	110% de la BR	130% de la BR
Analyses médicales et examens de laboratoires remboursés par la Sécurité sociale		60% de la BR	110% de la BR	130% de la BR
Médicaments				
- remboursés par la Sécurité sociale		15% / 30% / 65% du TFR	85% / 70% / 35% du TFR	Jusqu'à 100% des FR
- sur prescription mais non remboursés par la Sécurité sociale, contraception		-	50% des Frais Réels limité à 50 € par an / bénéficiaire	50% des Frais Réels limité à 80 € par an / bénéficiaire
Matériel médical figurant sur la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR)		60 ou 100% de la BR	70% / 30% de la BR (mini 4,5% du PMSS) + 150% MR	385% ou 350% du MR
PREVENTION				
Les prestations de prévention figurant dans la liste publiée au Journal officiel du 18 juin 2006 sont remboursées dans les conditions de prise en charge de la présente garantie et au minimum à hauteur de 100% du Ticket Modérateur				
Vaccins prescrits - non pris en charge par la Sécurité sociale		-	80% des FR, limité à 2% du PMSS par an / bénéficiaire	1% du PMSS par an / bénéficiaire
Psychomotricité remboursée ou non par la Sécurité sociale		-	-	15 € / consultation limitée à 10 consultations par an
Frais de santé hors nomenclature : ostéopathie, neuropsychologue, psychologue, psychothérapeute, diététicien, ergothérapeute, orthoptiste, podologue, hypnothérapeute, phyto-thérapeute, étiopathie, héliothérapie, kinésithérapie, acupuncture dès lors qu'ils sont dispensés par des professionnels de santé (médecins) au sens du code de la santé publique		-	60 € par an / bénéficiaire	33 € / consultation limitée à 10 consultations par an
Les substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale sont désormais pris en charge à hauteur de 65% par l'Assurance Maladie et figurent alors dans le poste Médicaments de la présente grille.				
DENTAIRE (1)				
Soins et prothèses « 100% santé »*		60% de la BR	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF	-
Soins et prothèses « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres »		60% de la BR	Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous, dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé	
Soins				
Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale	DPTM	60% de la BR	40% de la BR + 60% du RAC	52% de la BR
	HORS DPTM	60% de la BR	40% de la BR + 60% du RAC dans les limites du contrat responsable	52% de la BR dans les limites du contrat responsable
Inlay Onlay - Plafonné à 3 par an				
Prothèses				
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Régime général	60% de la BR	400% de la BR	126% de la BR
	Régime alsace moselle	90% de la BR	360% de la BR	126% de la BR
Inlay-core - Plafonné à 3 par an		60% de la BR	197% de la BR	154% de la BR
Prothèses dentaires non remboursées et autres travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		-	275 € par an	115 € par an
Implantologie				
- Racine - Limité à 2 actes tous les 2 ans		-	400 € par implant	420 € par implant
- Pilier implantaire, travaux implantaires		-	275 € par an	115 € par an
- Couronne sur implant		60% de la BR	244% de la BR	75% de la BR
Orthodontie				
Remboursée par la Sécurité sociale		100% de la BR	300% de la BR	300% de la BR
Non remboursée par la Sécurité sociale		-	200% de la BR	450% de la BR
OPTIQUE - poste limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (2)				
Equipement « 100% santé » (verres et monture de classe A)*		60% de la BR	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	-
Equipement à tarifs libres (verres et monture de classe B)		60% de la BR	LES FORFAITS CI-DESSOUS S'ENTENDENT Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE	
Monture (hors monture solaire)		60% de la BR	100 €	-
(A) Verres simples (sphère comprise entre -6,00 et + 6,00 sans cylindre)		60% de la BR	60 € par verre	78 € par verre
(B) Verres simples hors (A)		60% de la BR	85 € par verre	75 € par verre
(C) Verres simples (sphère hors zone -6,00 et + 6,00 ou cylindre supérieur à +4,00) et progressifs hors (D)		60% de la BR	175 € par verre	110 € par verre
(D) Verres progressifs sphéro-cylindriques (sphère hors zone à -8,00 et + 8,00)		60% de la BR	295 € par verre	55 € par verre
Equipement mixte (panachage verres / monture de classe A ou B)		60% de la BR	Prise en charge selon les forfaits définis ci-dessus comprenant une prise en charge intégrale à hauteur des PLV pour la partie relevant de la classe A	
Lentilles				
Remboursées par la Sécurité sociale		60% de la BR	225 € par an / bénéficiaire y compris TM	-
Non remboursées par la Sécurité sociale		-	207 € par an / bénéficiaire	127 € par an / bénéficiaire
AIDES AUDITIVES - poste limité à un équipement par oreille tous les 4 ans (3)				
Equipement « 100% santé » (classe I)*		60 ou 100% de la BR	Prise en charge intégrale dans la limite des PLV	-
Equipement à tarifs libres (classe II) : appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale		60 ou 100% de la BR	240% / 200% de la BR (mini 2,8% du PMSS) + 150% MR	400% ou 435% du MR

CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale				
Surveillance médicale		70% de la BR	30% de la BR	-
Frais d'établissement thermal		65% de la BR	35% de la BR	-
Transport		65% de la BR	70% de la BR	130% de la BR
Hébergement		65% de la BR	150,01 € + 5% du PMSS	10% du PMSS
HOSPITALISATION				
Forfait journalier hospitalier		-	100% des FR	-
EN SECTEUR CONVENTIONNE				
➤ Médecine & Maternité & Psychiatrie				
- Frais de séjour		80% de la BR	270% de la BR	100% des FR
- Honoraires	DPTM	80% de la BR	140% de la BR	-
	HORS DPTM	80% de la BR	120% de la BR	-
- Chambre particulière (y compris ambulatoire)		-	120 € / jour	40 € / jour
➤ Chirurgicale (y compris la chirurgie réfractive remboursée)				
- Frais de séjour		80% de la BR	270% de la BR	100% des FR
- Honoraires	DPTM	80% de la BR	140% de la BR	-
	HORS DPTM	80% de la BR	120% de la BR	-
- Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA), Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM	80% de la BR	140% de la BR	-
	HORS DPTM	80% de la BR	120% de la BR	-
- Chambre particulière (y compris ambulatoire)		-	135 € / jour	70 € / jour
- Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale		-	480 € par œil	215 € par oeil
Frais d'accompagnant en milieu hospitalier ou foyer "accueil famille" si le malade est agé de - 14 ans, de + 70 ans ou enfant handicapé		-	2,1% du PMSS par jour	-
EN SECTEUR NON CONVENTIONNE		Plafond honoraires et séjours : 90% des FR limités à 10 000 € par an		
➤ Médecine & Maternité & Psychiatrie				
- Frais de séjour		80% de la BR	270% de la BR	150% de la BR
- Honoraires	DPTM	80% de la BR	140% de la BR	-
	HORS DPTM	80% de la BR	120% de la BR	-
- Chambre particulière (y compris ambulatoire)		-	120 € / jour	40 € / jour
➤ Chirurgicale (y compris la chirurgie réfractive remboursée)				
- Frais de séjour		80% de la BR	270% de la BR	150% de la BR
- Honoraires	DPTM	80% de la BR	140% de la BR	-
	HORS DPTM	80% de la BR	120% de la BR	-
- Actes de chirurgie (ADC) et d'anesthésie (ADA), Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM	80% de la BR	140% de la BR	-
	HORS DPTM	80% de la BR	120% de la BR	-
- Chambre particulière (y compris ambulatoire)		-	135 € / jour	70 € / jour
MAISON DE REPOS (SSR)				
Forfait journalier hospitalier		-	100% des FR	-
Honoraires		80% de la BR	20% de la BR	-
Frais de séjour		80% de la BR	20% de la BR	-
<u>Chambre particulière</u> dans la limite de 30 jours / an / bénéficiaire				
- Soins de suite et rééducation		-	30 € / jour	20 € / jour
- Convalescence (avec ou sans hospitalisation préalable)		-	30 € / jour	20 € / jour
DIVERS				
Transport remboursé par la Sécurité sociale		55% de la BR	45% de la BR	-
Forfait actes "lourds"		-	Pris en charge	-
Forfait Patient Urgences		-	100% forfait en vigueur	-
Participation frais médicaux suite à ADOPTION		-	15% du PMSS	-

Notes et reports

Les prestations Hors DPTM sont exprimées dans le respect des limites du contrat responsable.

* tels que définis réglementairement.

Les frais non pris en charge par la Sécurité sociale ou considérés hors nomenclature par le régime obligatoire d’assurance maladie ou non-inscrits à la classification commune des actes médicaux ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf ceux pour lesquels une prestation est expressément définie dans le tableau de garantie ci-dessus.

(1) Les prestations du poste dentaire sont limitées par année civile et par bénéficiaire comme suit :

	Esso Actifs/Retraités	Esso Actifs/Retraités Plus
Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale et Inlay Onlay	1 525 €	
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale et Inlay Core et Couronne sur implant	3 810 €	
Prothèses dentaires non remboursées, et autres travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale et pilier implantaire et travaux implantaires	275 €	115 €

Au delà de ces plafonds, les "Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale et Inlay Onlay" sont pris en charge à hauteur de 100% BR ou des HLF le cas échéant, et les "Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale et Inlay core et Couronne sur implant" à hauteur de 125% BR ou des HLF le cas échéant.

(2) Limité à la prise en charge d’un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l’Article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, pour les moins de 16 ans, en cas d’évolution de la vue ou en présence de certaines pathologies (sur présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale).

La limitation de 2 ans s'apprécie à compter de la date de délivrance du précédent équipement, c'est à dire la date de soins retenue par la Sécurité sociale sur ses décomptes.

La prise en charge de deux équipements sur la période de 2 ans est possible pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin (deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits précités) et ceux présentant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique (deux équipements de corrections différentes à porter en alternance).

Les règles de couverture définies par les garanties et les contrats responsables s'appliquent à chacun des équipements considérés individuellement.

Les prestations sont versées dans le respect des minima et maxima définis par la réglementation.

Les suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction, appairage, filtre, autres suppléments) sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV pour les verres de classe A et à hauteur du ticket modérateur pour les verres de classe B et les verres de classe A lorsqu’il n’existe pas de PLV.

(3) Limité à la prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans. Cette limite s'apprécie à compter de la date de délivrance de l'aide auditive précédente, c'est à dire la date de facturation de l'aide auditive. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

La prise en charge d'un appareil auditif de classe II "Sécurité sociale + garanties MIP" est toujours limitée à 1700 € maximum au total.

Les piles et accessoires remboursés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les conditions définies par le poste Matériel médical figurant sur la liste LPPR.

Lexique

FR : Frais Réels engagés et justifiés, montant total de la dépense de santé **BR(R)** : Base de Remboursement (Reconstituée) de la Sécurité sociale **MR** : Montant du Remboursement de l’Assurance Maladie, proportion dans laquelle l'Assurance Maladie intervient pour le remboursement des actes médicaux **TFR** : Tarif Forfaitaire de Responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003) **TM** : Ticket Modérateur, différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant qu'elle rembourse **TC** : Tarif de Convention de la Sécurité sociale **TA** : Tarif d'Autorité, sur la base duquel s'effectue le calcul du remboursement d'un acte médical dispensé par un médecin non conventionné **LPPR** : Liste des Produits et des Prestations Remboursables **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année de l'évènement **RAC** : Reste à charge : partie de la dépense restant à charge du bénéficiaire **DPTM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-ACO) **CAS** : Contrat d'accès aux soins **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-ACO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée en Anesthésie Chirurgie Obstétrique **HLF** : Honoraires limites de facturation **PLV** : Prix limites de vente

Les bases de remboursements et Tarifs de Convention de la Sécurité sociale sont consultables sur le site internet de l'Assurance maladie www.ameli.fr, rubrique Assurés, onglet Remboursements.

Sont pris en charge par la Mutuelle, dans les limites et plafonds définis par la grille :

- Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article R871-2 1° du Code de la Sécurité sociale, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur.
- Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article D911-1 2° du même code (frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale), sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale à hauteur de 125% de la Base de Remboursement Sécurité sociale (Panier de soins).
- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge pour les médecins adhérents à un DPTM minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable.
- Les équipements optique (verres et monture) dans le respect des minima et maxima définis par les articles R871-2 3° et D911-1 1° du Code de la Sécurité sociale.
- Les aides auditives dans le respect des minima et maxima définis par l'article R871-2 4° du Code de la Sécurité sociale.
- Les frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des honoraires de facturation et les équipements optique et auditifs dans la limite des prix de vente définis dans le cadre de la réforme 100% Santé.

Ne sont pas prises en charge par la Mutuelle, la participation forfaitaire à la charge du membre participant (2 €), les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés, les franchises médicales à la charge du membre participant (1 € / boîte de médicaments / acte d'auxiliaires médicaux, 4 € / transport).

>> www.mutuelle-mip.fr : Pour être informé de vos remboursements, consulter vos décomptes, rééditer votre carte de tiers payant ou celle de vos ayants droit ou encore visualiser vos garanties à tout moment, Mip met à disposition un espace privé propre à chaque adhérent sur son site internet. Vous y retrouvez le présent tableau de garanties.



01/01/2025 - EXXONMOBIL France Cotisations mensuelles en euros

	Régime Général			Régime Alsace Moselle		
	ESSO ACTIFS		ESSO ACTIFS PLUS	ESSO ACTIFS		ESSO ACTIFS PLUS
	Totale	Part Salariale		Totale	Part Salariale	
Participant seul	77,47 €	30,99 €	27,72 €	51,12 €	20,45 €	18,29 €
Participant avec enfant(s)	139,14 €	55,66 €	40,12 €	91,85 €	36,74 €	26,48 €
Couple	147,50 €	59,00 €	47,22 €	97,36 €	38,94 €	31,19 €
Couple avec enfant(s)	205,54 €	82,22 €	59,04 €	135,63 €	54,25 €	39,00 €
Enfant Handicapé	38,74 €	38,74 €	13,86 €	25,56 €	25,56 €	9,15 €

La cotisation de l'option ESSO ACTIFS PLUS s'ajoute à la cotisation prévue pour la garantie de base ESSO ACTIFS.