**LA PRISE EN CHARGE DE VOS FRAIS D’HOSPITALISATION**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Frais Hospitalisation** | **Ticket Modérateur** | **Forfait Hospitalier** | **Chambre Particulière** | **Chambre mère-enfant****(lit accompagnant)** |
| **Assuré social des régimes** **de l’Assurance Maladie** | 80% | Non | Non | Non | Non |
| **Couverture Maladie Universelle Complémentaire** | 80% | Oui | Oui | Non | Non |
| **AME** **Aide Médicale d’Etat** | 80% | Oui | Oui | Non | Non |
| **Article 115** | 80% | Oui | Oui | Non | Non |
| **Maladie à 100%** **Hospitalisation en rapport avec la pathologie** | 100% | Oui | Non | Non | Non |
| **Grossesse de + 5 mois****Nouveau-né de - 30 jours** | 100% |  | Oui | Selon de contrat (2) | Selon de contrat (2) |
| **Accident de travail reconnu** | 100% |  | Oui | Oui (1) |  |
| **Intervention avec acte exonérant****(d’un montant > 120€)** | 100% |  | Oui (1) | Oui (1) | Selon de contrat (2) |
| **Mutuelle** |  | Oui (1) | Oui (1) | Selon de contrat (2) | Selon de contrat (2) |

1. = Selon votre contrat mutualiste. A vérifier au préalable
2. = Selon votre contrat, faire la demande avant l’hospitalisation à votre mutuelle à votre assurance