

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants ainsi que les conditions et limites des prestations figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait ambulatoire pour les établissements de santé, chambre particulière, participation forfaitaire (actes lourds).
- ✓ **Soins courants** :
 - Honoraires médicaux : consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie et imagerie médicale, acte d'échographie ;
 - Honoraires paramédicaux ;
 - Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le Régime Obligatoire ;
 - Transport remboursé par le Régime Obligatoire ;
 - Analyses et examens de laboratoire ;
 - Participation forfaitaire (actes lourds) ;
 - Médicaments : médicaments à Service Médical Rendu majeur et modéré remboursés par le Régime Obligatoire ;
 - Matériel médical : prothèses mammaires, grand appareillage, pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages.
- ✓ **Aides auditives** :
 - Équipement « 100% santé » ;
 - Prothèses auditives ;
 - Autres prestations liées aux aides auditives : entretien et accessoires ;
 - Actes réalisés par des audioprothésistes.
- ✓ **Frais optiques** :
 - Équipement « 100% santé » : monture, verres, prestations d'appairage, prestations d'adaptation et filtres ;
 - Équipement hors « 100% santé » : monture, verres, adaptation verres de classe B, lentilles correctrices, chirurgie réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire, implants multifocaux, forfait assistance vision loupe.
- ✓ **Frais dentaires** :
 - Soins et prothèses dentaires « 100% santé » ;
 - Soins hors « 100% santé » ;
 - Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire hors «100% santé» ;
 - Prothèses définitives non remboursées par le Régime Obligatoire ;
 - Autres prestations dentaires ;
 - Orthodontie.
- ✓ **Autres garanties** :
 - Cures et hébergement remboursées par le Régime Obligatoire ;
 - Prestations médicales diverses non remboursées par le Régime Obligatoire : ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, pédicurie, ergothérapie, Kinésithérapie Mézières, Sophrologie, Psychomotricité ;
 - Prévention et examen : contraception, substitut nicotinique, ostéodensitométrie osseuse, scellement des sillons, amniocentèse, rebasage, test de dépistage trisomie 21 ;

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Le forfait journalier en maisons d'accueil spécialisées (MAS), Institut Médico Educatif (IME) et Foyers d'Accueil médicalisé (FAM), n'est pas pris en charge par la Mutuelle.

Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les dépenses réalisées auprès de praticiens non reconnus par les organismes habilités.
- ! Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire sauf exceptions prévues au tableau.
- ! Les soins de toutes natures dont les dates d'exécution se situent avant la date d'effet de l'adhésion.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais d'hospitalisation.
- ! **Chambre particulière** : remboursement de 55 €/jour pour une chambre particulière dans une maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle, remboursement de 75 €/jour pour un séjour hospitalier et de 46 €/jour pour le forfait accompagnant, dans la limite d'un plafond annuel selon le découpage suivant : 10 jours les 12 premiers mois de souscription et 20 jours les 12 mois suivants.
- ! **Optique (contrat responsable et solidaire)** : pour les enfants de moins de 18 ans, limitation à un équipement optique par période de 12 mois. Pour les adultes, limitation à un équipement optique par période de 24 mois.
- ! **Dentaire** : Plafond annuel au titre des lignes « prothèses remboursées Sécurité sociale, prothèses non remboursées Sécurité sociale, scanner dentaire, pose d'implant et couronne sur implant » pendant les 24 mois qui suivent la souscription : 1^{ère} année : 1400 € et 2^{ème} année : 1800 €.



Qu'est-ce qui est assuré ? (suite)

- Procréation médicalement assistée non remboursée par le Régime Obligatoire ;
- IVG non remboursée par le Régime Obligatoire ;
- Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire.

- ✓ **Prestations médico-sociales** : enfance handicapée, aide à domicile, aide complémentaire à l'autonomie.

LES SERVICES PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires) ;
- ✓ Service d'analyse de devis ;
- ✓ Services via l'espace adhérent sur le site Web.

L'ASSISTANCE PRÉVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation ;
- ✓ Rapatriement sanitaire en cas de maladie ou accident à l'étranger.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture? (suite)

! Pour toutes les prestations médico-sociales, un délai de carence de 36 mois s'applique pour les personnes (membres participants, ayants droit) qui adhèrent à la mutuelle au-delà de leur 71^{ème} anniversaire.

! Les prestations « aide à domicile » et « aide complémentaire à l'autonomie » ne sont en aucune manière cumulatives pour une même personne et une même période.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger sous condition d'être rattaché à la Sécurité sociale française (Caisse des Français à l'Étranger).
- ✓ Le barème de remboursement de la Mutuelle est identique pour des soins exécutés en France ou à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle et notamment la photocopie des attestations de droits à l'Assurance maladie en cours de validité de tous les assurés ;
- Régler la cotisation indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer la Mutuelle par écrit de tout changement de situation notamment :
 - changement d'adresse, ajout/suppression d'un ayant droit, modification du centre de Régime Obligatoire, changement de compte bancaire, modification du numéro de Sécurité sociale. Toute demande de modification doit être reçue par le centre de gestion au moins un mois avant la prise d'effet du changement de situation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu, à la date indiquée dans l'échéancier relatif au contrat.

Les paiements peuvent être effectués par prélèvements automatiques ou par tout autre moyen de paiement admis par la Mutuelle.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion est annuelle. Le contrat prend effet à la date mentionnée sur la demande d'adhésion pour une durée expirant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année civile sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les cas et conditions fixées au règlement.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Autres cas de cessation des garanties sous réserve que le Centre de Gestion de la Mutuelle en ait été informé. Il s'agit notamment des cas suivants :

- décès d'un membre participant ;
- perte de la qualité d'ayant droit sur justificatif du membre participant.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, au moins deux mois avant cette date. La résiliation prendra effet le 31 décembre de l'année considérée ;
- à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande.

La demande de résiliation doit être adressée par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment par courrier postal ou électronique ou par Internet sur le site de la Mutuelle.

La mutuelle confirmera par écrit à l'adhérent avoir reçu sa demande de résiliation.

LES PRESTATIONS SANTÉ

Le barème ne doit pas être communiqué aux praticiens. Le barème est applicable par bénéficiaire et concerne tant le membre participant que ses éventuels ayants droit.

Le contrat IBAMEO SÉRÉNITÉ COTISATION FORFAIT est un contrat dit « responsable » au sens des articles L 871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale. Ainsi :

- Les remboursements sont versés en fonction du respect par les bénéficiaires du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant et dans la limite des frais réellement engagés. Dans ce cadre, les remboursements indiqués peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre des contrats dits « responsables » ;
- La participation forfaitaire (« forfait 1 € ») et la franchise, mentionnées à l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale ainsi que les dépassements d'honoraires et majorations à la charge de l'assuré consécutifs à des frais engagés « hors parcours de soins » ne sont pas remboursés par la Mutuelle ;
- Le contrat couvre l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé » tel que défini par la réglementation et qui entre en vigueur progressivement au 1^{er} janvier 2020. Avant l'entrée en vigueur du panier « 100% Santé », la prise en charge s'effectue à hauteur des prestations « Hors 100% Santé ».

Sauf mention expresse, seuls les actes remboursés par le Régime Obligatoire (RO) sont pris en charge.

Sauf mention contraire, les prestations s'entendent y compris les prestations versées par le Régime Obligatoire (RO), c'est-à-dire que les prestations incluent le remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO) de Sécurité sociale dont dépend l'assuré.

Les garanties exprimées avec une limitation « par an et par bénéficiaire » sont des forfaits annuels, valables du 1^{er} janvier au 31 décembre (année civile), sauf mention contraire précisée dans le tableau des garanties.

Dans tous les cas, le total des remboursements du Régime Obligatoire (RO), de la Mutuelle et de tout autre organisme complémentaire ne peut excéder le montant des dépenses réellement engagées.

	MUTUELLE (y compris Régime Obligatoire)	
HOSPITALISATION		
Honoraires	Praticien adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	Praticien non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (hors DPTAM)
Consultations et actes honoraires médicaux	280% BRRO	200% BRRO
Consultations et actes honoraires chirurgie	300% BRRO	200% BRRO
Frais de séjour	100% BRRO	
Forfait journalier hospitalier⁽¹⁾	100% FR ⁽¹¹⁾	
Forfait journalier en Maison d'Accueil Spécialisée, Foyer d'Accueil Médicalisé et Institut Médico-Éducatif⁽¹⁾	Aucune prise en charge	
Forfait ambulatoire pour les établissements de santé⁽²⁾	20 € / jour	
Chambre particulière - Le plafond annuel s'applique aux adhérents ayant moins de 24 mois d'ancienneté à la Mutuelle même dans le cas d'un changement d'offre.		
Plafond annuel global pour la chambre particulière et le forfait accompagnant :		
- 10 jours dans les 12 premiers mois d'adhésion à la Mutuelle ;		
- 20 jours pour les 12 mois suivants ;		
- Plus de plafond après 24 mois d'adhésion à la Mutuelle (y compris en cas de changement d'offre).		
Séjour hospitalier	75 € / jour ⁽¹¹⁾	
Maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle	55 € / jour ⁽¹¹⁾	
Forfait accompagnant	46 € / jour ⁽¹¹⁾	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels ⁽¹¹⁾	

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux	Praticien adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)	Praticien non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (hors DPTAM)
Consultations et visites de médecins généralistes	190% BRRO	170% BRRO
Consultations et visites de médecins spécialistes	245% BRRO	200% BRRO
Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	190% BRRO	170% BRRO
Actes de radiologie et d'imagerie médicale	140% BRRO	120% BRRO
Actes d'échographie	165% BRRO	145% BRRO
Honoraires paramédicaux	110% BRRO	
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Transport remboursé par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Analyses et examens de laboratoire	110% BRRO	
Participation forfaitaire (actes lourds)	Frais réels ⁽¹¹⁾	
Médicaments		
Médicaments à Service Médical Rendu majeur et modéré remboursés par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO	
Médicaments à Service Médical Rendu faible remboursés par le Régime Obligatoire (RO)	30% BRRO	
Matériel médical		
Prothèses mammaires	450% BRRO	
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapé physique)	300% BRRO	
Pansements, accessoires, orthopédie, autres appareillages	260% BRRO	

AIDES AUDITIVES⁽³⁾

Renouvellement limité par bénéficiaire à 1 appareil / oreille tous les 4 ans (classe I ou II) à compter du dernier remboursement effectué par le Régime Obligatoire (RO).

Le remboursement de la Mutuelle et du Régime Obligatoire (RO) est limité à 1 700 € par oreille appareillée⁽³⁾

Équipement « 100% Santé » <i>Équipement de classe I à compter du 01/01/2021</i>	100% du Prix Limite de Vente
Prothèse auditive : Tous les équipements jusqu'au 31/12/2020 - Équipements de classe II « hors 100% Santé » à compter du 01/01/2021.	
Bénéficiaire de 20 ans ou plus	950 € par oreille appareillée ⁽¹⁷⁾
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité ^(*) (* quel que soit leur âge)	100% BRRO
Autres prestations liées aux aides auditives (entretien et accessoires)	100% BRRO
Actes réalisés par des audioprothésistes	110% BRRO

OPTIQUE

Renouvellement limité à 1 équipement (monture + verres) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire (RO), ramené à un an en cas d'évolution de la vue et pour les bénéficiaires de moins de 16 ans, hors exception.⁽⁴⁾

Équipement « 100% Santé » <i>Monture, verres, prestations d'appareillage, prestations d'adaptation et filtres</i>	100% du Prix Limite de Vente
Équipement hors « 100% Santé » Monture :	100 € ⁽¹²⁾
Verres ⁽⁵⁾ :	
Par verre simple	80 € / verre ⁽¹²⁾
Par verre complexe	190 € / verre ⁽¹²⁾
Par verre hyper complexe	300 € / verre ⁽¹²⁾
Adaptation verres de classe B	100% BRRO
Lentilles correctrices (y compris lentilles jetables)	
Remboursées par le Régime Obligatoire (RO) (min Ticket Modérateur)	153,69 € / lentille ⁽¹²⁾
Non remboursées par le Régime Obligatoire (RO)	180 € / an / bénéficiaire ⁽¹⁷⁾
Chirurgie réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	450 € / œil ⁽¹²⁾
Implants multifocaux	450 € / œil ⁽¹²⁾
Forfait assistance vision (loupe)⁽⁶⁾	50 € ⁽¹²⁾

DENTAIRE

Le plafond annuel s'applique aux adhérents ayant moins de 24 mois d'ancienneté à la Mutuelle même dans le cas d'un changement d'offre.

Plafond annuel au titre des lignes « soins et prothèses dentaires « 100% Santé », prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) « hors 100% Santé », prothèses définitives non remboursées par le Régime Obligatoire (RO) « hors 100% Santé », scanner dentaire, pose d'implant et couronne sur implant » selon le découpage suivant :

- a) plafond de 1 400 € dans les 12 premiers mois d'adhésion à la Mutuelle ;
- b) plafond de 1 800 € pour les 12 mois suivants ;
- c) plus de plafond après 24 mois d'adhésion à la Mutuelle (y compris en cas de changement d'offre).

Dans les cas a) et b) ci-dessus, lorsque le plafond est atteint :

- les remboursements hors 100% Santé sont limités au Ticket Modérateur ;
- les remboursements des soins et prothèses dentaires du 100% Santé sont maintenus à 100% dans la limite des Honoraires limites de facturation du 100% Santé moins le remboursement du Régime Obligatoire (RO).

Soins et prothèses dentaires « 100% Santé »	100% du Prix Limite de Vente
Soins Hors « 100% Santé » Actes et soins dentaires Parodontie remboursée par le Régime Obligatoire (RO) Soins Inlays-Onlays Actes de chirurgie dentaire en « DC »	130% BRRO 130% BRRO 220% BRRO 150% BRRO
Prothèses remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hors « 100% Santé » Prothèses fixes et amovibles Couronne sur implant Inlays-Core	431% BRRO 310% BRRO 240% BRRO
Prothèses définitives non remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Prothèses Fixes Prothèses Amovibles	258 € / dent ⁽¹²⁾ 52 € / dent ⁽¹²⁾
Autres prestations dentaires Implantologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) - Pose d'implant Implantologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) - Scanner dentaire Parodontologie non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	400 € / implant ⁽¹²⁾ 70 € / acte ⁽¹²⁾ 175 € / an / bénéficiaire ⁽¹²⁾
Orthodontie Remboursée par le Régime Obligatoire (RO) Non remboursée par le Régime Obligatoire (RO) : soins débutés avant le 20 ^{ème} anniversaire remboursés pendant 6 semestres maximum	370% BRRO 520 € / semestre ⁽¹²⁾
AUTRES GARANTIES	
Cures et hébergement remboursés par le Régime Obligatoire (RO) Cures remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Hébergement remboursé par le Régime Obligatoire (RO)	100% BRRO 100 € / an ⁽¹²⁾
Prestations médicales diverses non remboursées par le Régime Obligatoire (RO) Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie - Pédicurie - Ergothérapie - Kinésithérapie Mézières – Sophrologie Psychomotricité - forfait / an / bénéficiaire	160 € / an / bénéficiaire avec une limite de 40 € par séance ⁽¹²⁾ 20 € / séance - max. 10 séances ⁽¹³⁾
Prévention et examen⁽¹²⁾ Contraception masculine et féminine ⁽¹⁴⁾ Substitut nicotinique Ostéodensitométrie osseuse sur prescription médicale Scellement des sillons Amniocentèse Rebasage Test dépistage trisomie 21	Forfait global de 150 € / an / bénéficiaire Au-delà du forfait annuel, pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, les actes de prévention seront pris en charge au Ticket Modérateur
Procréation médicalement assistée non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	216 € / acte ⁽¹²⁾
IVG non remboursée par le Régime Obligatoire (RO)	53,35 € / acte ⁽¹²⁾
Vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire (RO)	30 € par an et par bénéficiaire ⁽¹²⁾

LES PRESTATIONS MEDICO-SOCIALES

PRESTATIONS MEDICO-SOCIALES

Pour toutes les prestations médico-sociales, un délai de carence de 36 mois s'applique pour les personnes (membres participants, ayants droit) qui adhèrent à la Mutuelle au-delà de leur 71^{ème} anniversaire.

ENFANCE HANDICAPEE(18)

Indemnité annuelle versée
Participation annuelle à rente survie ou épargne handicap
Frais de séjour

Equivalent 1,5 AAH mensuelle de base jusqu'à 20 ans⁽⁷⁾
600 € (jusqu'à 20 ans)⁽¹⁵⁾
50% de la dépense limitée à 14 € / jour⁽¹⁹⁾

AIDE A DOMICILE(**)

Aide à domicile à la suite d'une grossesse, d'un acte technique médical, d'une hospitalisation pris(e) en charge par la Sécurité sociale

200 heures / année civile
5 € / heure plafonné à 50% du reste à charge⁽⁸⁾

AIDE COMPLEMENTAIRE A L'AUTONOMIE(**)(9)

Taux invalidité > ou = 80%
GIR 3 ou 4
GIR 1 ou 2

350 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non)⁽¹⁰⁾⁽¹⁶⁾
450 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non)⁽¹⁰⁾⁽¹⁶⁾
650 € / mois (limité à 36 mois consécutifs ou non)⁽¹⁰⁾⁽¹⁶⁾

() Les prestations « aide à domicile » et « aide complémentaire à l'autonomie » ne sont en aucune manière cumulatives pour une même personne et une même période donnée. La Mutuelle ne fait pas de prise en charge directe avec les prestataires de services.**

1) : La Mutuelle prend en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers visés à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée. **Le forfait journalier des établissements non visé par cet article L 174-4 du code de la Sécurité sociale et notamment le forfait journalier en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et Institut Médico-Éducatif (IME) n'est pas pris en charge par la Mutuelle.**

(2) : Ce montant sera versé lors de toute hospitalisation « de jour » ne donnant pas lieu au versement du forfait journalier hospitalier.

(3) : Sont concernés les frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans selon les conditions précisées à la LPP.

Jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la Sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir, sur prescription médicale, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 2 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré. Cette condition fait l'objet d'une attestation du prescripteur dont copie est transmise à la caisse d'assurance maladie.

Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives sont remboursées dans la limite de 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour les appareils hors 100% santé.

(4) : Les remboursements d'équipement optique sont soumis à des conditions de périodicité ; ces périodes sont fixes et ne peuvent être ni réduites ni allongées. Elles s'apprécient à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire (RO). La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les personnes âgées de 16 ans et plus ;
- par période d'un an pour les personnes de moins de 16 ans ;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, les périodes visées ci-dessus sont réduites dans les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu et notamment :

- la période de deux ans qui s'applique aux personnes de 16 ans et plus est réduite à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement (deux verres et une monture) en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2 du chapitre 2 du titre II de la LPP ;
- la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ;
- dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement **en deux temps** (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé **s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement**. En cas de **renouvellement séparé** des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement **s'apprécie distinctement** pour chaque élément.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter des verres progressifs ou multifocaux, la garantie couvre une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement).

(5) : On entend par :

Verres simples :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est

- supérieur à + 4,00 dioptries ;
- ou verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- ou verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

(18) : Les prestations proposées au titre de l'enfance handicapée sont versées aux personnes ayants droit dont le handicap a été déclaré à la Mutuelle avant leur 20^{ème} anniversaire. **Ces personnes conservent le bénéfice de ces prestations si elles deviennent ouvrants droit (membre participant) d'un autre contrat sans interruption d'adhésion à la Mutuelle.**

(19) : Sur présentation de la facture des frais de séjour dans un établissement spécialisé (MAS / FAM / IME).

Verres hyper complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- ou verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(6) : Forfait versé une seule fois par la Mutuelle tous contrats confondus – acquisition de loupe sur prescription médicale circonstanciée en cas de troubles visuels.

(7) : Indemnité annuelle versée au second trimestre de chaque année, jusqu'à l'année du 20^{ème} anniversaire.

(8) : Sur présentation de la prescription médicale (**indiquant impérativement la durée du besoin de l'aide à domicile**) et de la facture originale acquittée ou récépissé « Chèques emploi service universel ». **La prescription médicale doit être datée de la sortie de l'établissement de santé. Les documents justificatifs (factures acquittées et prescription médicale) doivent être envoyés à la Mutuelle dans un délai maximum de 30 jours suivant la fin de la prestation.**

(9) : Les prestations « aide complémentaire à l'autonomie » sont éventuellement reconductibles annuellement selon le barème en vigueur. En cas de changement d'offre prévoyant aussi l'aide complémentaire à l'autonomie, il sera tenu compte de l'antériorité du versement de cette aide.

(10) : La limitation à 36 mois est acquise au titre de l'adhésion à l'offre quel que soit le niveau d'invalidité (et son évolution).

(11) : Sur présentation de la facture des frais de séjour de l'établissement ou du bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire (facture AMC) ou des données Sécurité sociale.

(12) : Sur présentation de la facture originale détaillée et acquittée des actes réalisés.

(13) : Sur présentation de la facture originale détaillée et acquittée des actes réalisés **à l'exception du bilan non pris en charge par la Mutuelle.**

(14) : Contraception masculine et féminine respectant le dispositif médical selon les normes sanitaires.

(15) : Photocopie de la quittance de paiement.

(16) : Sur présentation de la reconnaissance du taux d'invalidité et/ou du niveau de dépendance par le Conseil Général ou Départemental. **Le 1^{er} versement sera effectué le 1^{er} jour du mois suivant la réception des documents dans nos services.**

(17) : Sur présentation de la facture originale acquittée et de la prescription médicale.