

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 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

- ✓ **Frais médicaux courants** : Consultations, visites médecins, actes techniques médicaux, radiologie et imagerie médicale, auxiliaires médicaux, analyses médicales, majorations et indemnités de déplacement.
- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, chambre particulière, forfait journalier pour les établissements de santé, forfait ambulatoire pour les établissements de santé, forfait patient.
- ✓ **Frais dentaires** :
 - soins dentaires,
 - sous réserve de l'application du plafond annuel prévu dans le tableau de barème des prestations : prothèses remboursées par la Sécurité sociale, orthodontie, scanner dentaire, pose d'implant, couronne sur implant,
 - parodontologie.
- ✓ **Frais optiques** : monture, verre simple, verre complexe, lentilles, chirurgie réfractive.
- ✓ **Pharmacie et vaccins**
- ✓ **Appareillages** : prothèses auditives, prothèses mammaires, autres appareillages.
- ✓ **Transport**
- ✓ **Cures remboursées par la Sécurité sociale**
- ✓ **Prestations médicales diverses non remboursées par la Sécurité sociale** : ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, pédicure, ergothérapie.
- ✓ **Prévention et examen** : contraception, substitut nicotinique, ostéodensitométrie, scellement des sillons, amniocentèse, rebasage.
- ✓ **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

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.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journalier en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), 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 non remboursées par la Sécurité sociale ou non répertoriées dans la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).
- ! 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** : dans la limite d'un plafond annuel selon le découpage suivant : 10 jours pendant les 12 premiers mois de souscription et 20 jours les 12 mois suivants : versement d'un forfait de

- ✓ Service via l'espace adhérent sur le site Web.

L'ASSISTANCE PRÉVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation
- ✓ Service de proximité : notamment livraison de médicament, courses, portage repas.

60 € pour une chambre particulière dans une maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle.

! 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 : 1000 € et 2^{ème} année : 1500 €.

! 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.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion est annuelle et prend effet le premier jour du mois qui suit la réception dans nos services du Bulletin d'adhésion, pour une durée expirant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, le 1er 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, en adressant une lettre recommandée au Centre de Gestion de la Mutuelle au moins deux mois avant cette date. La résiliation prendra effet le 31 décembre de l'année considérée.

LES PRESTATIONS SANTÉ

Les remboursements interviennent en complément des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des dépenses réellement engagées.

(*) Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire (BRRO).

FRAIS MÉDICAUX COURANTS	MUTUELLE (*)
Consultations et visites généralistes OPTAM (17)	95% BRRO
Consultations et visites généralistes Hors OPTAM (17)	75% BRRO
Consultations et visites spécialistes OPTAM (17)	120% BRRO
Consultations et visites spécialistes Hors OPTAM (17)	100% BRRO
Actes techniques médicaux (ATM) :	
Spécialistes OPTAM (17)	100% BRRO
Spécialistes Hors OPTAM (17)	75% BRRO
Radiologie et imagerie médicale :	
Acte d'imagerie médicale (ADI) et acte d'échographie (ADE) radiologues OPTAM (17)	70% BRRO
Acte d'imagerie médicale (ADI) et acte d'échographie (ADE) radiologues Hors OPTAM (17)	50% BRRO
Auxiliaires médicaux	50% BRRO
Analyses médicales	40% BRRO
Majorations et indemnités de déplacement	Ticket Modérateur

HOSPITALISATION

Frais de séjour	Ticket Modérateur
Honoraires chirurgie, anesthésie et obstétrique médecins OPTAM (17)	120 % BRRO
Honoraires chirurgie, anesthésie et obstétrique médecins Hors OPTAM (17)	100 % BRRO
I.V.G.	Ticket Modérateur
Chambre particulière (patient, accompagnant) :	
Plafond annuel (*) selon le découpage suivant :	
12 premiers mois de souscription	→ limité à 10 jours
12 mois suivants	→ limité à 20 jours
(*) : 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.	
Maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle	60 € (3)
Séjour hospitalier	60 € (3)
Forfait journalier pour les établissements de santé (exclusion du forfait journalier en Maison d'Accueil Spécialisée et Foyer d'Accueil Médicalisé)	Tarif en vigueur sans limitation de durée (100%) (3) (19)
Forfait ambulatoire pour les établissements de santé	20 € (18)
Forfait patient	Tarif en vigueur (100%) (3)

DENTAIRES

Soins dentaires :	
Actes de chirurgie dentaire en « DC »	60% BRRO
Soins inlays-onlays	330% BRRO (2)
Actes et soins dentaires	60% BRRO
Prothèses remboursées Sécurité sociale :	
Fixes	280% BRRO (2)
Amovibles	280% BRRO (2)
Inlay core	120% BRRO (2)
Orthodontie	250% BRRO (12)
Scanner dentaire	50 € / acte (1)
Pose d'implant	300 € / implant (1)
Couronne sur implant	150 € / couronne (1)
Parodontologie (16)	100 € / acte (1)

DENTAIRES

MUTUELLE (*)

Plafond annuel (*) au titre des lignes « prothèses remboursées Sécurité sociale, scanner dentaire, pose d'implant et couronne sur implant » selon le découpage suivant :

Année 1 : 12 premiers mois de souscription

Année 2 : 12 mois suivants

Année 1 : 1 000 €

Année 2 : 1 500 €

(*) : 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.

OPTIQUE (7A)

Monture	75 € / 2 ans (2)
Verre simple (7B)	60 € / verre (2)
Verre complexe (7B)	130 € / verre (2)
Lentilles remboursées Sécurité sociale	100 € / lentille (2)
Lentilles non remboursées Sécurité sociale	100 € / an (4)
Chirurgie réfractive non remboursée Sécurité sociale	150 € / oeil (1)

PHARMACIE ET VACCINS

Médicaments remboursés à 100% par l'assurance maladie obligatoire	-
Médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie obligatoire	Ticket Modérateur
Médicaments remboursés à 30% par l'assurance maladie obligatoire	Ticket Modérateur
Médicaments remboursés à 15% par l'assurance maladie obligatoire	-
Vaccins non remboursés Sécurité sociale	30 € / an (2)

APPAREILLAGES

Prothèses auditives par oreille appareillée	360 € / oreille (1)
Prothèses mammaires	180% BRRO (1)
Autres appareillages	100% BRRO

TRANSPORT

Transport	Ticket Modérateur
-----------	-------------------

CURES REMBOURSÉES SÉCURITÉ SOCIALE

Cures	Ticket Modérateur
-------	-------------------

PRESTATIONS MÉDICALES DIVERSES NON REMBOURSÉES SÉCURITÉ SOCIALE

Ostéopathie - Chiropractie - Etiopathie - Pédicurie - Ergothérapie (1) Psychomotricité (10)	125 € / an (5 séances à 25 €)
--	-------------------------------

PRÉVENTION ET EXAMEN

Contraception (1) (14)	} Forfait global de 100 € / an
Substitut nicotinique (9)	
Ostéodensitométrie (4)	
Scellement des sillons (1)	
Amniocentèse (1)	
Rebasage (1)	

LES PRESTATIONS MÉDICO-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.

(**) 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.

ENFANCE HANDICAPÉE

Indemnité annuelle versée

Participation annuelle à rente survie ou épargne handicap

MUTUELLE

Equivalent AAH mensuelle de base jusqu'à 20 ans (15)

200 € (jusqu'à 20 ans) (13)

AIDE À 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.

100 heures / année civile
5 € / heure plafonné à 50% du reste à charge (6)

AIDE COMPLÉMENTAIRE À L'AUTONOMIE (**)(8)

Taux invalidité > ou = 80%

250 € / mois
(limité à 18 mois consécutifs ou non) (5) (11)

GIR 3 ou 4

350 € / mois
(limité à 18 mois consécutifs ou non) (5) (11)

GIR 1 ou 2

500 € / mois
(limité à 18 mois consécutifs ou non) (5) (11)

(1) : Sur présentation de la facture originale détaillée et acquittée.

(2) : Sur présentation de la facture originale acquittée des actes réalisés.

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

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

(5) : Sur présentation de la reconnaissance du taux d'invalidité et / ou du niveau de dépendance par le Conseil Général ou Départemental.

(6) : 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.**

(7A) :

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 sur la base de la date de souscription à l'offre.

- **Limitation à un équipement optique (une monture et 2 verres) par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans.**
- **Limitation à un équipement optique (une monture et 2 verres) par période de 24 mois pour les adultes. Par dérogation, cette période est réduite à 12 mois en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (sur la base d'une prescription médicale/facture).**
- **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 pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date de souscription à l'offre (verres ou monture) et s'achève 24 mois après (adulte) ou 12 mois après (enfant).

(7B) :

Verre(s) simple(s) :

- Verres simple foyer (sphère entre -6 et +6) ou cyl <= +4

Verre(s) complexe(s) :

- Verres simple foyer (sphère sup à -6,00 ou + 6,00) ou cyl > +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs.
- Verres hyper complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro cylindriques avec sphère hors zone (-8,00 à +8,00) ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00.

(8) : 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, la durée maximale étant de 36 mois (consécutifs ou non).**

(9) : Au vu du remboursement par l'assurance maladie de la première étape du traitement et sur présentation de la facture originale acquittée de la seconde et de la troisième étape du traitement.

(10) : Au vu de la photocopie du bilan (non pris en charge) et de la facture originale acquittée des séances.

(11) : La limitation à 18 mois est acquise au titre de l'adhésion à l'offre quel que soit le niveau d'invalidité (et son évolution).

(12) : Soins débutés avant le 20^{ème} anniversaire remboursés pendant 6 semestres de soins.

(13) : Photocopie de la quittance de paiement.

(14) : Contraception masculine et féminine.

(15) : Indemnité annuelle versée au second trimestre de chaque année.

(16) : La liste ci-jointe s'applique aux actes parodontaux couverts par cette offre : comblement osseux, greffe à lambeaux, détartrage refusé Sécurité sociale (sachant que la Sécurité sociale rembourse 2 par an), curetage, surfaçage radiculaire, prophylaxie, lithotritie, assainissement parodontal, lambeau d'assainissement, polissage, débridement lésion osseuse, irrigation sous gingivale, gingivectomie, enseignement de l'hygiène orale, maintenance parodontale.

(17) : L'OPTAM (Option Pratique TARifaire Maîtrisée) est un dispositif instauré par la Convention médicale du 25 août 2016 par lequel les praticiens sont invités à souscrire une convention avec la Sécurité sociale afin de pratiquer des dépassements d'honoraires plus encadrés donc maîtrisés. Les remboursements opérés par la Mutuelle sont différents selon que le professionnel de santé a souscrit ou non cette option afin de respecter la réglementation propre aux contrats responsables.

L'OPTAM est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Elle remplace le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les critères d'éligibilité sont les mêmes que pour le CAS.

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

(19) : Le forfait journalier, en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), n'est pas pris en charge par la Mutuelle.