

Garanties individuelles Particulier, couple et famille

Panorama des offres	100	160	220	Frais réels
Remboursement securite sociale + mutuelle et forfaits				
Prestations médicales *				
• Actes des médecins avec OPTAM (1)	100%	160%	220%	Frais réels
• Actes des médecins hors OPTAM (1)	100%	140%	200%	200%
• Franchise de 18 €	Oui	Oui	Oui	Oui
*Consultations (2), visites , actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie ou de radiologie				
Autres prestations médicales				
• Analyses médicales	100%	160%	220%	Frais réels
• Auxiliaires médicaux	100%	160%	220%	Frais réels
• Médecine douce : 20 € par séance : ostéopathie, chiropractie, étiopathie, naturopathie, acupuncture, diététique...	1 séance	2 séances	3 séances	4 séances
Pharmacie				
• Pharmacie (médicaments remboursables à 65%)	100%	100%	100%	100%
• Pharmacie (médicaments remboursables à 30%)	100%	100%	100%	100%
• Pansements	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation				
• Frais de séjour et de salle d'opération	100%	160%	220%	Frais réels
• Actes des médecins avec OPTAM (1)	100%	160%	220%	300%
• Actes des médecins hors OPTAM (1)	100%	140%	200%	200%
• Franchise de 18 €	Oui	Oui	Oui	Oui
• Forfait journalier (hors établissements médico-sociaux)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Chambre particulière*	-	25 €/jour	35 €/jour	45 €/jour
• Lit d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)*	-	25 €/jour	35 €/jour	45 €/jour
* 60 jours par personne et par an				
Optique				
• Forfait équipement optique (3)	100%	100 €	150 €	200 €
• Supplément par verre complexe ou multifocal (4)	-	50 €	50 €	50 €
• Chirurgie réfractive (participation de)	-	100 €	150 €	200 €
Dentaire *				
• Consultation du chirurgien dentiste	100%	160%	220%	300%
• Soins conservateurs et prothèses	100%	160%	220%	300%
• Orthodontie (enfant de moins de 16 ans)	100%	160%	220%	300%
• Orthodontie adulte remboursable	100%	100%	100%	100%
* Avec un maximum de dépassements par an et par personne de	-	300 €	400 €	650 €
Appareillage *				
• Prothèse médicale	100%	160%	220%	300%
• Prothèse Orthopédique	100%	160%	220%	300%
* Avec un maximum de dépassements par an et par personne de	-	250 €	350 €	450 €
Autres prestations				
• Forfait maternité (délai de stage de 10 mois)	-	200 €	300 €	400 €
• Lentilles remboursables par l'assurance maladie	100%	100%	100%	100%
• Transport (ambulance, SAMU, SMUR...)	100%	100%	100%	100%
• Cure thermale	100%	100%	100%	100%
Actes de prévention				
• Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les première et deuxième molaire permanentes avant 14 ans	Oui	Oui	Oui	Oui
• Détartrage annuel effectué en deux séances maximum	Oui	Oui	Oui	Oui
• Vaccin antigrippal	Oui	Oui	Oui	Oui
• Dépistage de l'hépatite B	Oui	Oui	Oui	Oui
• Acte d'ostéodensitométrie remboursable pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans	Oui	Oui	Oui	Oui
• Dépistage des troubles de l'audition à partir de 50 ans et une fois tous les 5 ans	Oui	Oui	Oui	Oui

(1) Option Pratique Tarifaire Maitrisée - Les praticiens signataires de l'OPTAM correspondant à leur pratique médicale s'engagent à modérer leurs tarifs avec, en contrepartie, une amélioration du remboursement de leurs patients.

(2) Pour les trois nouvelles cotations à 46, 60 et 70 Euros correspondant aux consultations complexes, très complexes et aux visites longues.(décret du 12 septembre 2017) la prise en charge de la mutuelle est limitée au ticket modérateur quelle que soit la garantie choisie.

(3) Equipement comprenant deux verres plus la monture, cette dernière étant plafonnée à 150 €. La prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans sauf chez les mineurs et en cas d'évolution de la vue. Le délai de 2 ans (24 mois) court à compter de la date d'acquisition du premier élément verres ou monture de l'équipement d'optique.

(4) Montant forfaitaire versé si le verre est classé dans l'un des codes LPP suivants : Adulte : 2282793 2263459 2280660 2265330 2235776 2295896 2284527 2254868 2212976 2252668 2288519 2299523 2245384 2295198 2202239 2252042 - Enfant : 2243540 2297441 2243304 2291088 2273854 2248320 2283953 2219381 2238941 2268385 2245036 2206800 2238792 2202452 2234239 2259660

Modalités d'adhésion

Pour adhérer à la mutuelle, vous devez nous faire parvenir

- Les "demande d'adhésion" et "mandat de prélèvement" complétés et signés.
- La copie de l'attestation accompagnant votre carte d'assuré social Vitale.
- La copie de l'attestation accompagnant la carte Vitale de votre conjoint s'il est salarié.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal.
- Eventuellement, un certificat de radiation de votre ancienne mutuelle.

Conditions générales*

Prise d'effet des garanties

- Ticket modérateur : les garanties prennent effet le lendemain zéro heure du jour de la souscription acceptée par la mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.
- Dépassements tarifaires : la prise en charge de la mutuelle s'effectue après un délai de stage de 3 mois sauf en cas d'accident ou si le nouvel adhérent a résilié son contrat auprès d'une autre mutuelle ou complémentaire santé depuis moins de 2 mois.
- Forfait maternité : pour le règlement du forfait maternité par la mutuelle, le délai de stage est porté à 10 mois dans la garantie choisie. Il est versé à la mère lors de l'inscription de l'enfant nouveau né dans les deux mois de sa naissance.

Renouvellement

Sauf demande de radiation effectuée au plus tard avant le 1er novembre de l'année civile en cours par lettre recommandée avec accusé de réception, l'adhésion à la mutuelle est renouvelée par tacite reconduction chaque 1er janvier.

Changement de garantie

Toute demande de changement de garantie acceptée par la mutuelle doit être formulée avant le 1er novembre de l'année en cours et ne prend effet qu'à compter du 1er janvier de l'année suivante.

Cotisation

La cotisation de la mutuelle est annuelle et varie en fonction de l'âge et de la garantie choisie.

Elle est calculée toutes taxes comprises. Le paiement mensuel sans frais est une facilité accordée par la mutuelle à ses sociétaires.

Défaut de paiement

Les frais entraînés par un rejet de prélèvement dû à un défaut de provision sont imputables au sociétaire. Le défaut de paiement entraîne la suspension des garanties sans pour autant libérer le souscripteur des cotisations dues.

Forclusion

Les dossiers ouvrant droit aux prestations doivent, sous peine de forclusion, être présentés dans le délai d'un an suivant la date d'établissement des volets de décompte par la sécurité sociale.

Intervention de la mutuelle

L'intervention de la mutuelle est fonction des tarifs servant de base aux remboursements de la sécurité sociale, déduction faite des prestations de l'assurance maladie et des participations forfaitaires et franchises laissées à la charge des assurés sociaux

Les dépassements d'honoraires ou frais excédents les bases de remboursement de la sécurité sociale ne pourront être remboursés que s'ils figurent sur le décompte de la sécurité sociale.

Soins remboursés

Les garanties de la mutuelle tiennent compte du cahier des charges relatif au contrat responsable issu du décret du 18 novembre 2014 et prennent notamment en charge

- les actes médicaux et prescriptions médicales ou chirurgicales remboursés par la sécurité sociale à hauteur, au minimum, du ticket modérateur ;
 - le forfait journalier hospitalier (hors établissements médico-sociaux).
- Les offres de la mutuelle tiennent également compte de l'encadrement des frais d'optique et des dépassements d'honoraires des praticiens selon qu'ils sont signataires ou non de l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) correspondant à leur pratique médicale.

Exclusions

La mutuelle ne prend pas en charge :

- les majorations et dépassements d'honoraires supportés par l'assuré en cas de non-respect des règles relatives au parcours de soins ;
- les participations et franchises laissées à la charge des assurés sociaux par l'assurance maladie et non remboursables par les mutuelles ;
- les dépassements d'honoraires ainsi que la chambre particulière en cas de consultation, de visite ou d'hospitalisation psychiatrique ;
- les médicaments dont le service médical rendu est considéré comme insuffisant par la haute autorité de santé ;
- les prestations liées à l'accouchement proprement dit et notamment les dépassements d'honoraires et frais de chambre particulière.

Délai de rétractation

Si vous avez souscrit votre contrat par internet, téléphone, courrier ou fax vous disposez, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, d'un droit de rétractation, par lettre recommandée avec accusé de réception, de quatorze jours calendaires révolus à compter de l'envoi de votre adhésion, le cachet de la poste ou la date d'envoi de votre email faisant foi.

Toutefois, l'intégralité de votre cotisation annuelle reste due à la mutuelle si des prestations complémentaires vous ont été versées pendant le délai de rétractation.

Afin de faciliter l'exercice de votre faculté de renonciation, la mutuelle tient à votre disposition un modèle de lettre que vous pouvez obtenir soit en appelant l'un des bureaux de la mutuelle soit en vous rendant à l'adresse www.mutuel.org/adhesion/droit-de-renonciation.htm

*Contrat groupe à adhésion facultative n°OP001 à OP008