

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC)	TOTAL	
<b>HOSPITALISATION</b>				
<b>Honoraires, actes et soins</b>				
- Médecins	80% B.R.	20% B.R.	<b>100% B.R.</b>	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
<b>Participation du patient</b>	Néant	Frais Réels	<b>Frais Réels</b>	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
<b>Séjours</b>				
- Frais de séjour	80% B.R.	20% B.R.	<b>100% B.R.</b>	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	<b>Frais Réels</b>	Limites : montant fixé par décret avec un maximum de 20 €. Durée illimitée en Chirurgie et Médecine. Durée limitée à 30 jours par année civile en Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation,...). Psychiatrie exclue.
- Frais d'accompagnement	Néant	20 € / jour	<b>20 € / jour</b>	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Durée illimitée en Médecine, Chirurgie et Maternité. Durée limitée à 30 jours par année civile en Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation,...). Psychiatrie exclue.
<b>SOINS COURANTS</b>				
<b>Transports</b>				
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	<b>100% B.R.</b>	
<b>Assistance : voir notice d'informations.</b>				

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)  
A.M.O. = Assurance Maladie Obligatoire

Soins à l'étranger : les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger

- Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins.
- En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou à la Tarification à l'Activité (TAA).
- Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (Régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.



**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties. De quel type d'assurance s'agit-il ?**

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime obligatoire (A.M.O.). Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables.



## Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

#### ✓ Hospitalisation :

Honoraires, frais de séjour et de transports, forfait journalier hospitalier, participation assuré, frais d'accompagnant.

### LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière  
Consultations, visites médecins, examens médicaux, radiologies, participation assuré, analyses, auxiliaires médicaux, pharmacie, cures thermales  
Monture, verres  
Lentilles remboursées ou non par l'A.M.O.  
Traitement correctif de la vision,  
Soins et prothèses dentaires, orthodontie  
Appareillage (hors prothèses)

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens et les audioprothésistes partenaires).

### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Soutien à domicile en cas de maladie, accident, maternité ou décès.

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



## 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 traitements esthétiques, diététiques ou de cosmétologie.
- ✗ Les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnels.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'A.M.O. sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches garanties.
- ✗ Les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, sauf précisions contraires dans les fiches « garanties »



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

### Principales exclusions:

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

### Principales restrictions:

#### ! Hospitalisation :

Forfait journalier hospitalier : frais réels limité de 30 à 90 jours par année civile selon le service.

Chambre particulière : en ambulatoire : 20 €/jour

Hors ambulatoire : 60€/jour, limité de 30 à 60 jours par année civile selon le service.

Frais d'accompagnant : de 20 à 30€/jour, limité de 30 à 90 jours par année civile selon le service

- ! **Optique** : si optique, forfait par année civile.

- ! **Dentaire** : les actes hors Classification Commune des Actes Médicaux sont exclus.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties :

- **A l'adhésion :**
  - Etre affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français.
  - Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion.
  - Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
  - Payer la cotisation ou fraction de cotisation demandée.
- **En cours de contrat :**
  - Informer la mutuelle de tout changement d'état civil, de domicile, de situation familiale, de coordonnées bancaires et de régime obligatoire d'assurance maladie dans les plus brefs délais et fournir les justificatifs nécessaires.
  - Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le règlement mutualiste.
- **Pour le versement des prestations:**
  - Transmettre à la Mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date des soins.
  - Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.  
Le paiement intervient selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion.  
Les paiements peuvent être effectués par prélèvements, par carte bancaire ou par chèques.  
Le paiement des cotisations peut être fractionné au mois, au trimestre ou au semestre.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. La couverture ne peut être rétroactive.

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre) ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle (hors radiation des ayants droit) ou cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations.

La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

Lorsque la souscription du contrat a été réalisée intégralement à distance, vous pouvez renoncer à la couverture dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la réception des documents contractuels.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année. Il peut également être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

Lorsque l'avis d'échéance annuel des cotisations vous est envoyé après le 15 octobre, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance pour demander la résiliation de votre adhésion.

Lorsque ce droit à résiliation n'est pas porté à votre connaissance sur l'avis d'échéance annuel, vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion, par lettre recommandée, à tout moment à compter de la date de renouvellement du contrat.

**Exemples de remboursements - Régime général - Garantie non responsable**

EXEMPLE	PRIX MOYEN PRATIQUÉ OU TARIF RÉGLEMENTÉ	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS		RESTE À CHARGE	PRÉCISIONS ÉVENTUELLES	COMMENTAIRES
			DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*)	DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)			
<b>HOSPITALISATION</b>							
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	-	0,00 €	20,00 €	0,00 €	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	247,70 €	24,00 €	83,30 €	Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme d'assurance maladie complémentaire.	Prix moyen national de l'acte pour un oeil
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	247,70 €	24,00 €	159,30 €		Prix moyen national de l'acte pour un oeil
Frais de séjour en soins de courte durée	1 470,00 €	1 470,00 €	1 176,00 €	294,00 €	0,00 €	Tarif par jour. Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la sécurité sociale.	Tarif en vigueur au 1er janvier 2019 aux Hospices Civils de Lyon
Chambre particulière en médecine avec nuitée	67,00 €	-	0,00 €	0,00 €	67,00 €	Tarif par jour.	Prix moyen constaté en 2011 en établissement privé (source France Assos Santé - 2018)
<b>SOINS COURANTS</b>							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	0,00 €	8,50 €	Le reste à charge comprend 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L.322-2 Code Sécurité sociale).	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	0,00 €	10,00 €		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	0,00 €	24,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	0,00 €	40,90 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en dermatologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) hors parcours de soins	48,00 €	23,00 €	5,90 €	0,00 €	42,10 €	Le reste à charge comprend la participation forfaitaire de 1€, ainsi que la majoration du ticket modérateur et l'éventuelle franchise sur les dépassements d'honoraires.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
<b>DENTAIRE</b>							
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	0,00 €	8,68 €		Tarif conventionnel
Orthodontie remboursée par l'AMO	611,00 €	193,50 €	193,50 €	0,00 €	417,50 €	Tarif pour un semestre.	Prix moyen constaté (source Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale - Juillet 2017)
<b>Prothèse 100% santé</b>							
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	0,00 €	416,00 €		Honoraire limite de facturation
<b>Prothèse hors 100% santé - Panier honoraires maîtrisés</b>							
Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires	538,70 €	120,00 €	84,00 €	0,00 €	454,70 €		Prix moyen national de l'acte
<b>Prothèse hors 100% santé - Panier honoraires libres</b>							
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	107,50 €	75,25 €	0,00 €	463,45 €		Prix moyen national de l'acte
<b>OPTIQUE</b>							
Lentilles remboursées par l'AMO	210,00 €	78,96 €	47,38 €	0,00 €	162,62 €		Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
<b>Équipement 100% santé - classe A</b>							
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	37,50 €	22,50 €	0,00 €	102,50 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres progressifs (équipement 100% santé)	210,00 €	63,00 €	37,80 €	0,00 €	172,20 €		Prix limite de vente
<b>Équipement hors 100% santé - classe B</b>							
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,15 €	0,09 €	0,00 €	344,91 €	Dans la limite des forfaits de la monture et des verres.	Prix moyen national de l'acte
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres progressifs	596,00 €	0,15 €	0,09 €	0,00 €	595,91 €	Dans la limite des forfaits de la monture et des verres.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
<b>AIDES AUDITIVES</b>							
<b>Équipement 100% santé - classe I</b>							
Aide auditive de classe I par oreille	950,00 €	400,00 €	240,00 €	0,00 €	710,00 €	Équipement pour un adulte (plus de 20 ans).	Prix limite de vente
<b>Équipement hors 100% santé - classe II</b>							
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	0,00 €	1 236,00 €	Équipement pour un adulte (plus de 20 ans).	Prix moyen national de l'acte

\* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens / SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie.

Sous réserve de non évolution de la base de remboursement.

Exemples de remboursements donnés à titre indicatif - Document non contractuel

