

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE
OBLIGATOIRE (AMO*)
DANS LE PARCOURS
DE SOINS

ASSURANCE MALADIE
COMPLÉMENTAIRE
(AMC*)

TOTAL

PRÉCISIONS

PRESTATIONS	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	PRÉCISIONS
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires DPTM*	80 ou 100 % BR*	220 ou 200 % BR	300 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	80 ou 100 % BR*	120 ou 100 % BR	200 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	Frais réels	Frais réels	Les frais de télévision, de téléphone et d'Internet ne sont pas pris en charge.
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé. Sur présentation de la facture nominative acquittée.
- Chambre particulière	---	80 € / jour	80 € / jour	Limite de 75 jours par an.
- Chirurgie, médecine, obstétrique illimitée	---	50 € / jour	50 € / jour	
- Soins de suite et de réadaptation, maison d'enfants à caractère sanitaire, psychiatrie	---	20 € / jour	20 € / jour	Les suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge.
- Ambulatoire	---	20 € / jour	20 € / jour	
- Frais d'accompagnement (par jour)	---	40 € / jour	40 € / jour	Ces frais peuvent être engagés par toute personne accompagnant le bénéficiaire hospitalisé âgé de moins de 16 ans. Montant par jour de médecine et chirurgie limité à 30 jours par an. Sur présentation de la facture nominative acquittée ou des justificatifs des frais engagés.
Prime naissance et d'adoption	---	150 €	150 €	Prime par enfant inscrit au contrat dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
- Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	180 % BR	250 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)	60 % BR	140 % BR	200 % BR	
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	140 % BR	200 % BR	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	230 % BR	300 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	230 % BR	300 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	190 ou 150 % BR	250 % BR	Ce poste couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP).
Transport				
- Transport aux RDV médicaux et paramédicaux en cas d'accident ou maladie entraînant une immobilisation ou une hospitalisation - 10 trajets aller-retour	OUI	OUI	OUI	Sur 60 jours dans un rayon de 50km. Se référer à la notice d'information assistance.
- Aide aux déplacements professionnels en cas d'accident ou maladie entraînant une immobilisation ou une hospitalisation - 10 trajets aller-retour	OUI	OUI	OUI	Dans les 12 mois suivant l'évènement et dans un rayon de 50 km (limité à 750€ TTC). Se référer à la notice d'information assistance.
DENTAIRE				
Soins, actes et consultations	70 % BR	105 % BR	175 % BR	
Inlay Onlay	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 ou 100 % BR	230 ou 200 % BR	300 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé⁽¹⁾ Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé.				
Prothèses fixes	70 % BR	Frais réels moins 70 % BR	Frais réels	Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis.
Prothèses hors 100 % santé. Plafond dentaire de 2000 €				
- Panier à honoraires maitrisés**	70 % BR	180 % BR	250 % BR	
- Panier à honoraires libres	70 % BR	230 % BR	300 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
- Prothèses	---	300 €	300 €	Forfait par an et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée.
- Implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée par l'AMO, autres actes dentaires non remboursés par l'AMO	---	800 €	800 €	Forfait global par an et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée.
AIDES AUDITIVES				
Équipements 100 % santé⁽¹⁾ Classe I - Soumis à des prix limites de vente				
- Aides auditives	60 % BR	40 % BR + 200 €	100 % BR + 200 €	Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100 % santé » et d'établir un devis. Forfait par an, par bénéficiaire et par oreille.
Équipements hors 100 % santé Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	40 % BR + 200 €	100 % BR + 200 €	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	40 % BR + 300 €	100 % BR + 300 €	
Accessoires, entretien, piles, réparations	60 % BR	40 % BR	100 % BR	

REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) DANS LE PARCOURS DE SOINS

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)

TOTAL

PRÉCISIONS

OPTIQUE

1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale).
1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.

Équipements 100 % santé⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe A

Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.

- Monture	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
- Verres (tous types de correction)	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.

Équipements hors 100 % santé (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres

- Monture	60 % BR	100 € moins 60 % BR	100 €	
- Verre simple	60 % BR	70 € moins 60 % BR	70 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Verre complexe	60 % BR	130 € moins 60 % BR	130 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.
- Verre très complexe	60 % BR	180 € moins 60 % BR	180 €	Forfait par verre et par bénéficiaire.

Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription

	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
--	---------	---------	----------	--

Lentilles

- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
- Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	---	150 €	150 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Sur prescription médicale. Y compris produits d'entretien.

Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO

- Traitement correctif de la vision	---	400 €	400 €	Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée
-------------------------------------	-----	-------	-------	--

PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE

Pharmacie non remboursée par l'AMO :

- Sur prescription médicale : médicaments, homéopathie, contraception, vaccins et médicaments du voyageur, arrêt des dépendances (tabac, alcool, drogues)	---	70 €	70 €	Forfait par an, par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée de la pharmacie, et d'une prescription médicale pour la contraception, arrêt des dépendances, vaccins, médicaments du voyageur et médicaments prescrits. Le forfait automédication permet la prise en charge des médicaments en accès libre en pharmacie.
- Médicaments non prescrits : automédication	---			

Équipement asthme, allergies et aides respiratoires (sur prescription médicale) : literie anti-acarien, médicaments préventifs prescrits, compléments sur les aides respiratoires

	---	100 €	100 €	Forfait par an, par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée de la pharmacie ou parapharmacie, magasin de matériel médical.
--	-----	-------	-------	--

Forfait Activité physique

	---	50 €	50 €	Forfait par an et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée et de la photocopie de la licence sportive ou carte annuelle de membre d'un club de sport en cours de validité.
--	-----	------	------	---

Actes de prévention : détartrage annuel complet, scellements des sillons, bilan du langage, dépistage de l'hépatite B, dépistages des troubles de l'audition, ostéodensitométrie, vaccins

	OUI	OUI	OUI	Actes de prévention définis par la réglementation pris en charge par l'AMO.
--	-----	-----	-----	---

Bien-être

- Médecines douces : Diététicien, nutritionniste, pédicure/podologue, hypnothérapeute, ergothérapeute, psychologue, psychothérapeute, étio-pathe, psychomotricien, sophrologue, sexologue, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, auriculothérapeute, phytothérapeute, cryothérapie prescrite	---	90 €	90 €	Forfait global, par an, par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée précisant le numéro d'agrément de l'Agence Régionale de Santé ou le diplôme dans la spécialité.
--	-----	------	------	---

- Accompagnement "Stress au travail" : Situation professionnelle génératrice de stress ou de mal-être (événement traumatisant, surcharge de travail, conflit, difficulté à concilier vie pro/vie perso)

	---	OUI	OUI	Jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par an et par bénéficiaire avec un psychologue clinicien. Se référer à la notice d'information assistance.
--	-----	-----	-----	---

Forfait Vivre mieux - pathologies lourdes

- Prothèses externes (capillaire, oculaire, mammaire) prises en charge par la Sécurité sociale,	---	500 €	500 €	Forfait tous les 4 ans, par bénéficiaire dans la limite des dépenses engagées. 90 jours de carence à partir de l'adhésion. Dans la limite de 200 % BR pour les actes/soins effectués par des médecins non signataires DPTM. Sur présentation de la facture nominative détaillée et acquittée.
- Lingerie médicale adaptée post-opératoire,	---			
- Chirurgie réparatrice et reconstruction pris en charge par l'AMO, symétrisation, dermopigmentation réparatrice / médicale	---			

- Services « à la carte » en cas de traitement par radio-chimiothérapie. Enveloppe de 600 € par an mise à disposition et à utiliser en fonction des besoins

	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
--	-----	-----	-----	--

Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO

- Honoraires médicaux, de soins thermaux, surveillance	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Forfait hébergement et transport	-	200 €	200 €	Forfait par an et par bénéficiaire. Sur présentation de la facture nominative acquittée.

SERVICES PLUS

Accès au Fonds d'action sociale	---	Service d'accompagnement social à destination de nos adhérents en difficulté.		Se référer au règlement interne de la commission action sociale.
---------------------------------	-----	---	--	--

MÉDECINDIRECT

Consultation médicale à distance avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 24h/24 - 7j/7

	---	- Proposition d'un diagnostic médical. - Délivrance d'une ordonnance électronique selon les cas.		 médicindirect à vos côtés, où que vous soyez - depuis votre espace adhérent - depuis le site Internet www.medicindirect.fr - depuis l'application mobile Service 100 % confidentiel et sécurisé.
--	-----	---	--	--

Assistance vie quotidienne spécifique Pro :

- Des services pratiques en cas de coups durs ou d'aléas de santé : aide ménagère, garde d'enfant... - Des conseils d'experts : informations sociales, médicales et juridiques, soutien psychologique... - Un accompagnement au quotidien adapté aux besoins des personnes fragilisées (aidants familiaux, arrivée d'un premier enfant, handicap, etc).	---		OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
---	-----	--	-----	--

Accès aux ateliers prévention santé

	---	Les gestes qui sauvent, savoir secourir un enfant, marche nordique, qi-gong, nutrition		Ateliers proposés sur le territoire couvert par les agences de la mutuelle.
--	-----	--	--	---

* 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 Maitrisée. / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé.

** Actes soumis à des honoraires limites de facturation.

Ces garanties frais de santé ont le caractère de garanties dites « responsables » au sens de la réglementation en vigueur (article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale)

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO, et pour les forfaits ou plafonds, il faut entendre une prise en charge par année civile et par bénéficiaire. Les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge. La Mutuelle se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires pour verser la prestation.

⁽¹⁾ Teils que définis réglementairement.

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) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). Le taux du régime général de l'Assurance maladie obligatoire 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 ait titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être perçue sur le montant total de remboursement.

Le contrat est assuré et géré par : ADREA Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 311 799 878 - Siège social : 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS.

Le contrat est distribué par Eovi-Mcd mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 317 442 176 - Siège social : 173 rue de Bercy - CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12 /

APREVA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 775 627 391 - Siège social : 30 avenue Denis Cordonnier - 59000 LILLE.

Exemples de remboursements

EXEMPLE	PRIX MOYEN PRATIQUÉ OU TARIF RÉGLEMENTÉ	REMBOURSEMENTS			RESTE À CHARGE	PRÉCISIONS ÉVENTUELLES	COMMENTAIRES
		DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*)	DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL			
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	20 €	0 €	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 €	247,70 €	107,30 €	355 €	0 €	Le remboursement de l'Assurance Maladie Complémentaire intègre également la participation du patient d'un montant de 24€.	Prix moyen national de l'acte.
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 €	247,70 €	183,30 €	431 €	0 €		Prix moyen national de l'acte.
SOINS COURANTS							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	24 €	1 €	Le reste à charge comprend 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L.322-2 Code Sécurité sociale).	Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire.
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	20 €	9 €	29 €	1 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire.
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM* : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44 €	20 €	23 €	43 €	1 €		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 €	15,10 €	29,90 €	45 €	11 €		Prix moyen national de l'acte.
DENTAIRE							
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	28,92 €	0 €		Tarif conventionnel.
Orthodontie remboursée par l'AMO	611 €	193,50 €	387 €	580,50 €	30,50 €	Tarif pour un semestre.	Source : Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale - Juillet 2017.
Prothèse 100 % santé							
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500 €	84 €	416 €	500 €	0 €		Honoraire limite de facturation.
Prothèse hors 100 % santé - Panier à honoraires maîtrisés							
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84 €	216 €	300 €	238,70 €		Prix moyen national de l'acte.
Prothèse hors 100 % santé - Panier à honoraires libres							
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	247,25 €	322,50 €	216,20 €		Prix moyen national de l'acte.
OPTIQUE							
Équipement 100 % santé Classe A							
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	125 €	0 €	Verres simples pour un adulte de 16 ans et plus.	Prix limite de vente.
Monture et verres progressifs	210 €	37,80 €	172,20 €	210 €	0 €	Verres complexes pour un adulte de 16 ans et plus.	Prix limite de vente.
Équipement hors 100 % santé Classe B							
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345 €	0,09 €	239,91 €	240 €	105 €	Verres simples pour un adulte de 16 ans et plus.	Prix moyen national de l'acte.
Monture et verres progressifs	722 €	0,09 €	459,91 €	460 €	262 €	Verres très complexes pour un adulte de 16 ans et plus.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM*).
AIDES AUDITIVES							
Équipement 100 % santé Classe I							
Aide auditive de classe I par oreille	1 100 €	210 €	340 €	550 €	550 €	Équipement pour un adulte de plus de 20 ans.	Prix limite de vente.
Équipement hors 100 % santé Classe II							
Aide auditive de classe II par oreille	1 476 €	210 €	440 €	650 €	826 €	Équipement pour un adulte de 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.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance (D.I.P.A)

ADREA mutuelle – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN n°311 799 878

Produit - Aésio Santé Pro – Niveaux 1 à 6



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 ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré exerçant une activité indépendante et des éventuels ayants-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Le produit entre dans le cadre de la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin » et est susceptible d'ouvrir droit aux avantages fiscaux prévus par l'article 154 bis du Code Général des Impôts.



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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, actes et soins, participation du patient, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière en chirurgie, médecine, obstétrique et ambulatoire.
- ✓ **Soins courants** : consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses et examens de laboratoire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux et de chirurgie, participation du patient, médicaments à service médical rendu important, modéré ou faible, matériel médical, transport.
- ✓ **Dentaire** : soins, actes et consultations, inlay/onlay, orthodontie remboursée par l'AMO, prothèses dentaires.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture + verres), autres prestations sur verres et montures, lentilles remboursées par l'AMO.
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives, accessoires, entretien, piles, réparations.
- ✓ **Prévention – Bien-être** : actes de prévention, accompagnement stress au travail, forfait vivre mieux pathologies lourdes, cures thermales (honoraires médicaux, soins, surveillance).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- **Hospitalisation** : chambre particulière en réadaptation, maison d'enfants à caractère sanitaire, en psychiatrie, frais d'accompagnement, prime de naissance et d'adoption.
- **Dentaire** : prothèses, orthodontie, implantologie, parodontologie et autres actes dentaires non remboursés par l'AMO.
- **Optique** : forfait lentilles remboursées ou non par l'AMO, chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO.
- **Prévention – Bien-être** : automédication et médicaments prescrits non remboursés par l'AMO, contraceptions non remboursées par l'AMO, arrêt des dépendances, équipement asthme, allergies et aides respiratoires, forfait activité physique, médecine douces, cures thermales (forfait hébergement et transport).

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Espèce adhérent
- ✓ MEDECINDIRECT : Consultation médicale à distance
- ✓ Ateliers prévention santé
- ✓ Fonds d'action sociale
- ✓ Réseau de soins

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Des services spécifiques aux professionnels indépendants pratiques en cas de coups dur ou d'aléas

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 l'AMO en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Le remboursement des dépenses de soins pour les personnes résidant à l'étranger non couvertes par l'AMO.
- ✗ Les frais en établissements de long séjour et les séjours en sections de cures médicales.
- ✗ Les frais de cures de rajeunissement, démaigrissement, de traitement esthétique, d'abus de l'alcool, de thalassothérapie, d'utilisation de stupéfiants non pris en charge par l'AMO.
- ✗ Les frais de séjour (y compris la prise en charge des forfaits journaliers en maison d'accueil spécialisée (MAS)).



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 transports.
- ! 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
- ! pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS (selon le niveau de garantie)

- ! **Hospitalisation** : Chambre particulière : soins de suite et réadaptation (dont centre de rééducation fonctionnelle), maison d'enfants à caractère sanitaire, psychiatrie : limite de 75 jours par an. Sur présentation de la facture nominative acquittée. Frais d'accompagnement enfant de moins de 16 ans : prise en charge limitée à 30 jours par année d'adhésion
- ! **Optique** : 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus. 1 monture et 2 verres tous les ans enfants de moins de 16 ans.
- ! **Prévention – Bien-être** : Forfait vivre mieux les 4 ans, par bénéficiaire dans la limites des dépenses engagées. 90 jours de carence à partir de l'adhésion.



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 de l'AMO française, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties:

A l'adhésion :

- Remplir les conditions cumulatives suivantes : exercer une activité non salariée, relever de l'Assurance Maladie Obligatoire française;
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle et fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion ;
- Etre à jour du paiement des cotisations dues au titre de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance vieillesse et le justifier ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Signaler à la Mutuelle tout changement concernant l'état civil, le domicile, le statut professionnel ou la situation familiale du membre participant et de ses ayants droits;
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquée 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 Assurance Maladie Obligatoire et fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au bulletin d'adhésion.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).

Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour le paiement par prélèvement automatique.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique. Le paiement en espèces est autorisé uniquement sous la forme de mandat compte.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion qui ne peut être rétroactive. Le contrat est souscrit pour la période comprise entre sa date de prise d'effet et le 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite, annuellement, au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction sauf en cas de résiliation du contrat demandé par le membre participant ou en cas de radiation prononcée par la mutuelle (pour défaut de paiement),.

Les garanties cessent pour les membres participants et le cas échéant pour leurs ayants droit :

- À la date d'effet de la résiliation du contrat par l'Association ;
- Au décès du membre participant ;
- À l'expiration du mois au cours duquel le membre participant ne remplit plus les conditions pour être bénéficiaire des garanties (sauf en cas de retraite du membre participant) ;
- Pour la couverture d'un ayant droit, à l'expiration du mois au cours duquel il perd cette qualité ;
- En cas de contrat conclu à distance, le membre participant peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours, qui commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet, ou à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion (si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion).



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le membre participant peut mettre fin au contrat :

- À la date d'échéance principale du contrat (31 décembre), en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date ;
- Dans le délai d'un mois suivant la remise de la nouvelle notice d'information en cas de modification des droits et obligations.