NOTICE DE GESTION

MUTUELLE DE BAGNEAUX

MUTÉO « Santé Communale »

06 novembre 23

MUTUELLE DE BAGNEAUX 67-69 rue du Gâtinais 77167 BAGNEAUX SUR LOING Mutuelle régie par le code de la Mutualité, soumise au livre II N° 444 205 769 et substituée par la Mutuelle Familiale 52 rue d'Hauteville 75487 Paris cedex 10. Registre National des Mutuelles N° 784 442 915

SOMMAIRE

1- GARANTIES 2

2- ADHESION 2

a. Pièces à fournir 2

b. Durée de l'adhésion 2

3- LES AYANTS-DROIT 2

4- MODIFICATION DE GARANTIE 3

5- MODIFICATION DE SITUATION 3

6- NAISSANCE 3

7- ENFANT PLUS DE 20 ANS 3

8- COTISATION 3

a. Structure standard des cotisations 4

b. Révision des cotisations 4

c. Paiements des cotisations 4

d. Non-paiement de la cotisation 4

e. Frais d'impayés 5

9- RADIATION 5

a. L'adhérent à titre individuel 5

b. Loi Châtel 5

c. RIA 5

d. Rupture avec la collectivité 5

e. Décès 5

f. Radiation d'un ayant droit 5

g. Autres cas 5

h. Radiation à l'initiative de la mutuelle 6

i. Conséquence de la résiliation 6

10- DELAI DE RETRACTATION 6

11- PRESTATIONS 6

12- GRILLE DE PRESTATION 7

13- COMPLEMENT D'INFORMATION CONTRAT RESPONSABLE ET 100% SANTE 9

14- COMMISSION 10

15- DOCUMENTS DE DISTRIBUTION (Annexe) 10

1. GARANTIES

Les garanties MUT-ECO, MUT-SÉCU et MUT-CONF sont ouvertes à chaque administré dont la Mairie a souscrit un partenariat avec l'Association UNIS pour des garanties « MUTEO Santé Communale ». Elle est ouverte au membre participant de plus de 18 ans, âge au moment de l'adhésion et sans restriction d'âge. La garantie est souscrite pour l'ensemble de la famille.
Si le membre participant quitte sa commune, il pourra continuer de bénéficier de son contrat.

2. ADHESION

La date d'effet pour les adhésions est le premier jour du mois et la date de radiation est le dernier jour du mois exception pour la **RIA** (Résiliation infra annuel) ou l'adhésion prendra effet le lendemain de la date de résiliation notifié sur le document de l'ancien assureur.

La durée minimum d'adhésion est **d'un an.**

a. Pièces à fournir

- Photocopie d'une **pièce d'identité** pour chaque bénéficiaire, ou du **livret de famille**,
- Photocopie de **l'attestation papier** de la carte vitale **pour chaque bénéficiaire,**
- Certificat de résiliation de votre ancienne mutuelle,
- Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- Si l'enfant âgé de 20 à 25 ans est dans l'une des situations suivantes :
  - ⇨ Étudiant, apprenti, à la recherche d'un 1er emploi, handicapés à la charge des parents fournir les justificatifs de la situation,
- Chèque de 1ère cotisation (Le délai de mise en place du mandat SEPA est de 14 jours).

b. Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et après une année d'adhésion, elle est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 14 Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité.

3. LES AYANTS-DROIT A SAVOIR :

a. le conjoint marié ou pacsé ayant une activité professionnelle ou non ;
b. les enfants à charge :

Sont considérés comme enfant à charge :

- ⇨ tout enfant, sans limite d'âge, atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunérée (selon la réglementation du régime de la Sécurité Sociale) ;
- ⇨ tout enfant jusqu'à son 26ème anniversaire (et jusqu'au 31 décembre de l'année anniversaire des 26 ans) qui poursuit ses études et peut en justifier par un certificat de scolarité, avec s'il est âgé de plus de 20 ans mention de son appartenance à un régime de Sécurité Sociale étudiant ;
- ⇨ tout enfant jusqu'à son 26ème anniversaire (et jusqu'au 31 décembre de l'année anniversaire des 26 ans) sous contrat d'alternance (apprentissage, qualification, etc…) dûment justifié et qui perçoit une rémunération inférieure ou égale à 55% du SMIC ;
- ⇨ tout enfant jusqu'à son 26ème anniversaire ayant terminé ses terminé ses études (et jusqu'au 31 décembre de l'année anniversaire des 26 ans) et inscrit à l'ANPE à la recherche d'un premier emploi, dans la limite de 12 mois.

c. le concubin s'il est affilié à un régime de Sécurité Sociale ou assimilé sous son propre numéro ou inscrit sur la carte de Sécurité Sociale du membre participant.
d. les enfants à charge du concubin qui figurent sur sa carte de Sécurité Sociale ou celle du membre participant lui-même.

4. MODIFICATION DE GARANTIE

L'accès aux garanties vaut pour toute la famille.
L'adhésion à La garantie des membres participants et des ayants droit prend effet les 1er juillet ou 1er janvier sous réserve que la demande soit faite 2 mois avant ces 2 échéances.
Lors de l'adhésion, le membre participant s'engage, sauf démission ou radiation de la Mutuelle, à rester dans la garantie au moins pendant 3 ans.

La réadmission éventuelle d'un membre à l'une des garanties suite à une démission volontaire de celles-ci peut être possible qu'au bout de 3 ans d'ancienneté dans la même garantie limitée à 3 changements dans la durée du contrat (3 ans).
Toute modification du contrat entraine un changement de tarification. La cotisation sera recalculée en fonction de la garantie choisie.

5. MODIFICATION DE SITUATION

Les modifications qui surviendraient dans la situation familiale ou professionnelle des membres doivent être signalées à la Mutuelle de Bagneaux dans les 30 jours, accompagnées des pièces justificatives.

Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage déclaré ou signature d'un pacte civil de solidarité. Les modifications prendront effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

Lorsqu'une modification de la situation du membre participant ou de l'un de ses ayants droit intervient en cours de mois, la cotisation versée au titre du mois commencé ne peut faire l'objet d'un remboursement même partiel. L'adhésion prend fin au dernier jour du mois.
Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entrainer le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

6. NAISSANCE

Le nouveau-né et l'enfant adopté peuvent être couverts dès le jour de la naissance ou de l'adoption. L'allocation naissance est donnée, dès lors que la demande est adressée à la Mutuelle dans les trois mois suivant la survenance effective de l'évènement et que l'enfant soit inscrit à la mutuelle.

La naissance ou l'adoption d'un enfant peut modifier la composition de la famille et donc modifier sa cotisation.

7. ENFANT DE PLUS DE 20 ANS

Le contrat souscrit par un membre participant n'est plus ouvert à l'enfant du membre participant de plus de 20 ans, sauf si l'enfant est handicapé ou scolarisé, en apprentissage ou dans sa 1ère année d'inscription à Pole Emploi et ce jusqu'à sa 26ième année sous réserve d'un justificatif. **(Voir Les ayants-droits enfant à charge).**
Sans justificatif ou reprise d'emploi, la radiation sera effective au 31 décembre de l'année en cours.

8. COTISATION

Dans le cadre des adhésions individuelles, la cotisation est forfaitaire et prend en compte l'âge et la garantie choisie. La cotisation est déterminée par tranche d'âge. Le passage au tarif de la tranche d'âge supérieur s'effectue au 1er jour du mois d'anniversaire.

La cotisation comprend les frais d'Association UNIS qui s'élèvent à 12€ par an, soit 1€ par mois.
Un échéancier présentant les cotisations de l'année à venir est envoyé chaque année.

a. Structure standard des cotisations, 3 tranches d'âges sont instaurées : ACTIF (Isolé, Couple (2 personnes), Famille (à partir 3 personnes))

- ⇨ Moins de 18 ans
- ⇨ De 19 à 30 ans
- ⇨ De 31 à 65 ans
- ⇨ Plus de 66 ans

b. Révision des cotisations

Les cotisations sont établies par année civile. Elles sont révisables selon décisions du Conseil d'Administration et ratifiées par l'Assemblée Générale à la fin de chaque année civile.
Une note d'information présentant les cotisations de l'année à venir est envoyée aux adhérents après ratification par l'assemblée générale.
Il est admis qu'en cas de déséquilibre financier exigeant des mesures d'urgence, le conseil d'administration a toute latitude pour relever immédiatement les taux de cotisations en vertu de la délégation de pouvoir énoncée à l'article 22 des statuts.
Il en sera de même en cas de modification des taux de remboursement ou de la nomenclature de la Sécurité Sociale ou similaire.

Elles sont réactualisées en fonction des éléments suivants :

- ⇨ Evolution des dépenses de santé de la mutuelle enregistrée au cours de l'année civile.
- ⇨ Lorsque le cadre d'intervention et les règles de gestion de la mutuelle se trouvent modifiées à la suite de nouvelles dispositions législatives, et réglementaires.
- ⇨ Lorsque le risque se trouve aggravé par une cause extérieure ou par de nouvelles dispositions conventionnelles modifiant les prestations en nature du régime obligatoire.
- ⇨ Pour tout autre motif valablement adopté par l'assemblée générale.

Un échéancier présentant les cotisations de l'année à venir est envoyé chaque année.

c. Gratuité de la cotisation

La cotisation est gratuite pour le 3ème enfant et les suivants lorsque le membre participant a déjà deux enfants de moins de 26 ans inscrits en tant que bénéficiaires.

d. Paiements des cotisations

Les cotisations sont dues à la Mutuelle de Bagneaux à terme à échoir.
Les membres participants s'acquittent de son montant par chèque (trimestrielle, semestrielle ou annuelle) ou par prélèvement bancaire mensuelle, les prélèvements sont programmés au 10 de chaque mois… Seuls les établissements spécifiques (EPAHD, Tutelle etc…) Sont autorisés à nous effectuer le paiement par virement.

La cotisation doit être réglée aux dates et modalités prévues à l'échéancier, envoyé à chaque échéance annuelle de la cotisation. Les prélèvements sont programmés au 10 de chaque mois.

e. Non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, la mutuelle adresse :

- Le 1er mois un courrier de relance,
- le deuxième mois un deuxième courrier de relance et suspend le remboursement des prestations
- le 3ème mois une lettre recommandée de mise en demeure de payer la cotisation dans un délai de 15 jours.
    - Si non réponse la résiliation prend effet le dernier jour du mois qui a été réglé.
    - Si règlement des cotisations dues, les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux

f. Frais d'impayés

En cas d'impayés, les frais afférents sont à la charge de l'adhérent.

9. RADIATION

a. L'adhérent à titre individuel

peut mettre fin à son adhésion en adressant à la mutuelle 2 mois avant les dates d'échéances des cartes de Tiers Payant soit avant le 1er janvier, en adressant sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception à **MUTEO**.

b. Loi Chatel

Dès réception de l'avis d'échéance, l'adhérent peut envoyer sa lettre de résiliation de contrat à son assureur, en Lettre recommandée avec accusé de réception.
Toutefois, si l'avis d'échéance est réceptionné moins de 15 jours avant la fin de la période de résiliation ou après cette date, l'adhérent dispose d'un **délai** additionnel de 20 jours pour demander la résiliation de son contrat.

Si l'adhérent n'a pas reçu d'avis à la **date anniversaire** de son contrat, il peut le **résilier** à tout moment.

c. RIA (Radiation Infra Annelle)

Depuis le 1er décembre 2020, en vertu de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019, vous pouvez après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de votre première adhésion, résilier votre contrat sans frais, ni pénalité. La résiliation prendra effet un mois après réception de votre demande faite auprès de **MUTEO.**

d. Rupture du lien existant entre l'adhérent et la collectivité (retraite, démission, cessation activité, mise en disponibilité pour convenance personnelle, mise à disposition, mutation, révocation, retraite)

La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

e. Décès de l'adhérent ou de l'ayant droit

La résiliation prend effet au jour du décès à minuit.

f. Radiation d'un ayant droit

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les 30 jours, suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. Dans ce cas la résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

A défaut, celle-ci ne pourra être prise en considération qu'à la prochaine échéance.

g. Autres cas

Il peut également être mis fin à l'adhésion par le membre participant dans les cas particuliers suivants :

- ⇨ Adhésion à un contrat collectif obligatoire dans le cadre d'un contrat de travail.
- ⇨ Au bénéfice d'une ouverture de droits à la couverture maladie universelle (CMU) ou à l'aide à la complémentaire santé (ACS).

La radiation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande.

h. Radiation à l'initiative de la mutuelle

⇨ **En cas de non-paiement**

La mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article Non-paiement de la cotisation.

⇨ **Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change 6 l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

i. Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage…) ayant eu lieu après cette date. À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Dans ces deux cas, la radiation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. Elle est réalisée par lettre recommandée avec accusé de réception, indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, accompagnée des justificatifs correspondants.
Dans ce cadre, la fin de l'adhésion est le dernier jour du mois de la survenance de l'événement.

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions de la garantie auxquelles ils ont souscrit.

10. DELAI DE RETRACTATION

Conformément à La loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, dite « loi Hamon »,Il est possible de renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le **délai de quatorze jours calendaires** révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

11. PRESTATIONS

La nature, les montants et taux des prestations garanties figurent au tableau des prestations annexées, faisant partie intégrante du règlement. Les prestations délivrées par la Mutuelle dépendent de la garantie choisie.
Les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du régime obligatoire d'assurance maladie ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire, sauf les prestations expressément décrites dans le règlement des garanties et figurant au tableau des prestations de la garantie choisie.
Pour bénéficier des prestations, le membre participant, ses ayants droits inscrits sur le bulletin d'adhésion doivent être à jour de leurs cotisations.

A compter de la date d'adhésion, tous les actes décrits dans les dispositions spécifiques, dont la date de référence est postérieure à la date d'effet sont remboursable. Les droits du membre et de ses bénéficiaires cessent au dernier jour du mois de sa radiation, tous les soins au-delà de cette date ne seront pas pris en compte.
Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celle pour laquelle les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Les prestations sont remboursées par virement bancaire sur le compte communiqué par l'adhérent. Pour être recevable, toute demande de prestations doit être présentée dans les vingt-quatre mois à compter de la date de l'événement à indemniser, accompagnée des pièces justificatives.
Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement. La date prise en compte pour l'examen de ce délai sera celle de la date figurant au document justificatif.

Révisions des prestations cas de modification des taux de remboursement ou de la nomenclature de la Sécurité Sociale ou similaire.
Elles sont réactualisées en fonction des éléments suivants :

- ⇨ Evolution des dépenses de santé de la mutuelle enregistrée au cours de l'année civile.
- ⇨ Lorsque le cadre d'intervention et les règles de gestion de la mutuelle se trouvent modifiées à la suite de nouvelles dispositions législatives, et réglementaires.
- ⇨ Lorsque le risque se trouve aggravé par une cause extérieure ou par de nouvelles dispositions conventionnelles modifiant les prestations en nature du régime obligatoire.
- ⇨ Pour tout autre motif valablement adopté par l'assemblée générale.

La gestion des prestations est effectuée par la Mutuelle de, les demandes de remboursement de prestation sont à adresser par courrier à la Mutuelle de Bagneaux 67-69 rue du Gatinais 77167 BAGNEAUX SUR LOING ou par courriel à **contact@lamutuelledebagneaux.fr.**

12. GRILLE DE PRESTATION ACTIF ET REGIME D'ACCUEIL

SOINS COURANTS	MUT-ÉCO Sécurité Sociale + Remboursement Mutuelle	MUT-SÉCU Sécurité Sociale + Remboursement Mutuelle	MUT-CONFORT Sécurité Sociale + Remboursement Mutuelle
Consultations et Visites de Généralistes Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO[1] NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO[1]	100% BR 100% BR	130% BR 110% BR	130% BR 110% BR
Consultations de Spécialistes Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO[1] NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO[1]	100% BR 100% BR	161% BR 141% BR	178% BR 158% BR
Téléconsultation MEDAVIZ (30 spécialités joignables en permanence inclus dans votre contrat). ☎ 09 73 03 02 66	Offert	Offert	Offert
Acte en ADI (Radio), **ADE** (Échographie), **ATM** (Acte Technique Médical) **ADC** (Acte de chirurgie en soins de ville hors hospitalisation) Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO[1] NON Signataire de l'OPTAM /OPTAM CO[1]	100% BR 100% BR	130% BR 110% BR	178% BR 158% BR
Auxiliaires Médicaux, (Orthophonie, Orthoptie, Infirmière, Kinésithérapeute...)	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses Médicales pris en charge par l'AMO **Analyses Médicales** Hors Nomenclature forfait par année civile	100% BR NEANT	100% BR NEANT	100% BR 40 € par an
Pharmacie et **Vaccin** pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
APPAREILLAGE (Hors Dentaire et acoustique) accepté par la Sécurité Sociale			
Appareillage et /ou Orthopédie pris en charge par l'AMO *forfait par année civile*	100% BR	100% BR + 200 € par an	100% BR + 300 € par an
HOSPITALISATION (Médecine, Chirurgie, Rééducation, Maternité, Psychiatrie, Maison de repos) - Etablissement conventionné et non conventionné			
Frais de Séjours si pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier Illimité **(Exception des établissements Médico-Sociaux)**	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires des Praticiens - Forfait par année civile Signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO[1] NON-signataires de l'OPTAM et OPTAM-CO[1]	100% BR 100% BR	220% BR / limité à 150 € 200% BR / limité à 150 €	230% BR / limité à 300 € 200% BR / limité à 300 €
Franchise Actes Techniques (si coefficient du K ≥ 60 ou acte dont le tarif est ≥ à 120 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait Patient URGENCES (Acte en FPV et FPU)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre Particulière limitée à 30 jours par an (Médecine, Chirurgie, Maison de repos, Rééducation, Psychiatrie, Maternité)	NEANT	50 € par jour	60 € par jour
Frais Accompagnant enfant moins de 16 ans ou enfant handicapé 30 jours par année civile	NEANT	30 € par jour	30 € par jour
Forfait Maternité ou **Adoption** par enfant sous réserve de l'adhésion de(s) l'enfant(s) à la mutuelle	200 € par Enfant	200 € par Enfant	200 € par Enfant
Transport pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Télévision 30 jours par hospitalisation (sous réserve que la facture + le bulletin de sortie soient envoyés dans les 30 jours qui suit la sortie)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
COGEMUT **FilAssistance** assistance à domicile après hospitalisation (voir conditions). ☎ 09 77 40 85 36	Oui	Oui	Oui

DENTAIRE			
Consultations et Soins dentaires pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Parodontologie pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Endodontologie pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Orthodontie pris en charge par l'AMO *forfait par semestre de date en date*	100% BR + 100 € /semestre	100% BR + 200 €/ semestre	100% BR + 300 € / semestre
PANIER A - 100% SANTÉ	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
PANIER B Maîtrisé et PANIER LIBRE : dans la limite des Honoraires de facturations (HLF)[1] (Plafond annuel pour l'appareillage dentaire : 2 885 € par an[2]) Hors remboursement Sécurité Sociale et soins			
Inlay-Onlay pris en charge par l'AMO	150% BR	200% BR	220% BR
Inlay-Core pris en charge par l'AMO	100% BR	150% BR	180% BR
Couronne dentaire transitoire pris en charge par l'AMO	150% BR	200% BR	220% BR
Couronne dentaire pris en charge par l'AMO *forfait par dent limité à 3 dents par année civile*	220% BR	220% BR + 150 € par dent	220% BR + 200 € par dent
Bridges pris en charge par l'AMO *forfait par année civile*	220% BR	220% BR + 200 €	220% BR + 350 €
Prothèses amovibles pris en charge par l'AMO *forfait par année civile*	220% BR	220% BR + 300 €	220% BR + 500 €
Réparation prothèse pris en charge par l'AMO	150% BR	200% BR	220% BR
Implantologie • Implant *non remboursé par l'AMO* **forfait par année civile** • Couronne dentaire Implantoportée (pris en charge par l'AMO) *forfait par dent limité à 3 dents par année civile*	NEANT 220% BR	200 € 220% BR + 150 €	400 € 220% BR + 200 €
OPTIQUE - 1 équipement correspond à (1 monture et 2 verres)[7] les remboursements s'entendent par verres.			
PANIER CLASSE A - 100% SANTÉ (Monture et verres)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
PANIER CLASSE B LIBRE : Equipement pris en charge par l'AMO (Forfait par verre)			
Monture[3]	55 €	85 €	100 €
Verre simple[4]	60% BR + 45 €	60% BR + 55 €	60% BR + 75 €
Verre complexe[5]	60% BR + 90 €	60% BR + 100 €	60% BR + 120 €
Verre très complexe[6]	60% BR + 90 €	60% BR + 100 €	60% BR + 120 €
Lentilles remboursées ou refusées par l'AMO **forfait par année civile**	60% BR + 80 €	60% BR + 100 €	60% BR + 120 €
Kératotomie (chirurgie réfractive de l'œil) et implants multifocaux **forfait par œil et par année civile**	NEANT	100 €	150 €
APPAREIL AUDITIF pris en charge par l'AMO 1 équipement tous les 4 ans			
PANIER CLASSE I 100% SANTÉ (Limité à 2 appareils par année civile tous les 4 ans)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Panier CLASSE II LIBRE **Prothèses Auditives** prises en charge par l'AMO Forfait par oreille et par année civile (limité 2 appareils par année civile)	100% BR + 80 € par oreille	100% BR + 300 € par oreille	100% BR + 350 € par oreille
ACTE DE PREVENTION			
Cure Thermale pris en charge par l'AMO **Forfait Hébergement Cure Forfait par année civile**	100% BR NEANT	100% BR 120 €	100% BR 150 €
Ostéodensitométrie osseuse (1 acte tous les 3 ans) pris en charge par l'AMO	20 € par acte	20 € par acte	20 € par acte
Ostéopathe, Chiropracteur, Étiopathe, Pédicure, Diététicien	20 € séance 2 séances par an	20 € par séance 2 séances par an	20 € par séance 3 séances par an
Vaccins non pris en charge par l'AMO	10 € par vaccin	15 € par vaccin	15 € par vaccin
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES			
Soins à l'étranger pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	100% BR
Aide sociale	Sur commission	Sur commission	Sur commission
Accès au centre Mutualiste	Toute la France	Toute la France	Toute la France

(HLF) Honoraires Limites de Facturation Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

2 Au-delà du plafond, la garantie est réduite à 100% de la base de remboursement

3 OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (anciennement CAS = Contrat d'Accès aux Soins) / OPTAM CO = OPTAM pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique / Dispositifs mis en place par l'Assurance Maladie pour limiter les dépassements d'honoraires. Pour savoir si votre médecin est signataire, contactez la Sécurité sociale au 3646 ou consultez annuairesante.ameli.fr FR :

Frais Réels / SS : Sécurité Sociale / **BR : Base** de Remboursement Sécurité Sociale **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire

Tous nos Forfaits sont par année civile sauf l'optique, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Vos remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de l'AMO dans la limite de la formule choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant réelle en euros (contrat responsable en application de la loi N°2004-810 du 13 août 2004) – **Hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur, et la franchise de 8€ ainsi que les franchises sur les boites de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires** prévues à l'art. L322-2 du code de la sécurité sociale ne sont pas pris en charge conformément au décret N°2005-1226 du 29 septembre 2005.

13. COMPLEMENT D'INFORMATION CONTRAT RESPONSABLE ET 100% SANTE

OPTIQUE

[4] A partir du 1er janvier 2020 et conformément à la réforme « 100% santé », le forfait attribué pour les montures sera plafonné à 100,00 € dans le cadre d'un équipement de Classe B et ne pourra pas excéder 30,00 € pour un équipement de Classe A sans reste à charge pour les assurés.
Les assurés pourront choisir des équipements différents, P**remier cas** une monture en Classe B aux prix libres (le remboursement sera plafonnée à 100€) et des verres en Classe A (sans reste à charge), **Deuxième cas** une monture en Classe A (le remboursement des montures sera plafonné à 30€ sans reste à charge) et des verres aux prix libres Classe B (avec du reste à charge pour l'assuré).

[5] **Verres simple**
- verres unifocaux sphère entre - 6,00 et + 6,00
- Ou verres unifocaux cylindre < ou égal +4,00 et sphère -6,00 à 0
- Ou verres unifocaux sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égal à 6,00

[6] **Verres complexes**
- autres verres unifocaux
- Ou verres multifocaux ou progressifs sphère de - 4,00 à + 4,00
- Ou verres multifocaux ou progressifs cylindre < ou égal à +4,00 et sphère de 8,00 à 0
- Ou verres multifocaux ou progressifs sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égal à 8,00

[7] **Verres très complexes**
- autres verres multifocaux ou progressifs

[8] **Les Suppléments Optique** sont pris intégralement dans le Panier A 100% santé et uniquement le ticket modérateur dans le Panier B libre ses suppléments sont :
- L'Adaptation de la correction visuelle,
- L'Appairage, Les Verres avec filtre,
- Et Autres (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques).

[9] **Conditions générales de renouvellement des équipements**
- **Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement
- **Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- **Pour les enfants jusqu'à 6 ans**, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.
- **Les différents délais** s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier équipement concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

DENTAIRE

Les prothèses dentaires du 100% santé
- **Couronnes céramiques monolithique et céramo-métalliques** sur les dents visibles (incisives, canines et 1er prémolaire)
- **Couronnes céramiques monolithiques zircones** (incisives et canines) ;
- **Couronnes métalliques** toutes localisations.
- **Inlays Core** et **couronnes transitoires** ;
- **Bridges céramo-métalliques** (incisives et canines) ; **bridges full zircon** et métalliques toutes localisations ;

Le chirurgien-dentiste ou le médecin stomatologiste est tenu de vous en informer préalablement au moyen **de 2 devis écrit** que vous signerez, éventuellement, pour acceptation.
- Un devis dans le RAC 0
- Un devis dans le panier maitrisé ou le panier libre

Chaque devis doit comporter, notamment, les éléments suivants :
- la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou des matériaux utilisés ;
- le montant des honoraires correspondant au traitement ;
- le montant remboursé par l'Assurance Maladie.

Ces devis seront à transmettre à la mutuelle pour acceptation, sans devis la mutuelle se réserve le droit de refuser le remboursement à l'assuré, si le praticien ne respecte pas les plafonds du « 100% santé »

Le remboursement dentaire est **limité à un plafond par garantie et par an pour (Les Inlays-Cores, les Inlays-Onlays, les couronnes, les bridges, les prothèses amovibles et la réparation de prothèse)**,
Hors remboursement Sécurité Sociale et soins dentaire.
Au-delà de ce plafond, la garantie est réduite à 100 % du tarif de responsabilité.

14. COMMISSION

Une commission d'intermédiation sera versée au Courtier selon les modalités définies dans la convention d'intermédiation. Cette rémunération prend la forme d'un commissionnement linéaire.

Les commissions d'intermédiation versées au Courtier sont calculées mensuellement sur la base d'un pourcentage de cotisations nettes de toutes taxes et contributions encaissées par la Mutuelle et hors cotisations d'assistance et protection juridique prévues par inclusion aux dits contrats d'assurance.

Dans le calcul des commissions mensuelles, il sera tenu compte, pour chaque contrat concerné, de l'évolution annuelle du niveau de cotisations, du changement de garantie, du changement de tranche d'âge et du paiement de la cotisation par l'adhérent.

Elles sont payées par virement bancaire mensuellement, au plus tard le 25 du mois M+1 suivant l'intégration d'une adhésion nouvelle dans la base adhérent de la mutuelle.

Les commissions sont versées au Courtier apporteur tant que dure le contrat de l'adhérent et du mandat qui lui est confié.

Le versement des commissions cesse si l'adhérent est radié des effectifs de la mutuelle ou si le contrat d'assurance est résilié avec un ordre de remplacement notifié en bonne et due forme à la Mutuelle.

Dès lors que tous les contrats d'assurance apportés par le Courtier et visés par la présente Convention sont résiliés, la Mutuelle interrompt le versement de commissions d'intermédiation.

15. DOCUMENT DE DISTRIBUTION EN ANNEXE

Annexe 1. Bulletin d'adhésion

Annexe 2. Grille de garantie

Annexe 3. IPID

Annexe 4. Guide de l'utilisateur