

C'TERRITORIALE			
Contrat responsable - Prestations garanties au 01/01/2025			
BR: Base de remboursement de la Sécurité Sociale	Prise en charge du Régime Obligatoire (RO) + Remboursement Mutuelle (Complémentaire Régime Obligatoire ou Ticket Modérateur : TM) ET Forfaits et dépassements		
	CFP1	CFP2	CFP3
HOSPITALISATION (1)			
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	125% BR	150% BR
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	105% BR	130% BR
- Forfait journalier hospitalier	20,00 €	20,00 €	20,00 €
- Forfait journalier en service de psychiatrie	15,00 €	15,00 €	15,00 €
- Forfait Patient Urgences (FPU) Hors ALD / ALD	19,61 € / 8,49 €	19,61 € / 8,49 €	19,61 € / 8,49 €
- Frais de séjour	100% BR	100% BR	100% BR
- Participation forfaitaire sur acte lourd	24,00 €	24,00 €	24,00 €
- Chambre particulière par jour en ambulatoire	-	15,00 €	15,00 €
- Chambre particulière par jour en médecine, chirurgie, convalescence	-	45,00 €	55,00 €
- Chambre particulière par jour en maternité	-	45,00 €	55,00 €
- Chambre particulière par jour en psychiatrie	-	45,00 €	55,00 €
- Frais d'accompagnement par jour pour les enfants de - de 16 ans	-	20,00 €	25,00 €
- Transports pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
- Les + Naissance :			
- Prime de Naissance (sous réserve de l'inscription de l'enfant sur votre contrat dans les 3 mois qui suivent la naissance ou l'adoption, inscription au 1er jour de sa naissance/ adoption)	155,00 €	155,00 €	155,00 €
SOINS COURANTS			
- Honoraires médicaux Généraliste praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	125% BR	150% BR
- Honoraires médicaux Généraliste praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	105% BR	130% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	125% BR	150% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	105% BR	130% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	125% BR	150% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	105% BR	130% BR
- Examens, radios praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
- Examens, radios praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	100% BR	100% BR
- Honoraires paramédicaux	100% BR	100% BR	100% BR
- Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR
- Transports pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
- Médicaments (2)			
- Pharmacie prescrite prise en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
- Matériel médical (2)			
- Appareillage (hors optique, dentaire et aides auditives)	100% BR	150% BR	200% BR
- Véhicule codifié VEH par le Régime Obligatoire (fauteuil roulant, ...) (Part mutuelle limitée à 1 500€)	100% BR	150% BR	200% BR
OPTIQUE (2) tel que défini règlementairement (4)			
- Chirurgie réfractive : forfait par œil/ an/ bénéficiaire	100,00 €	150,00 €	250,00 €
- Lentilles acceptées ou refusées par le RO/ an/ bénéficiaire	100% ou 0% BR + 100,00 €	100% ou 0% BR + 130,00 €	100% ou 0% BR + 180,00 €
A compter de la date d'acquisition : ADULTE : 1 équipement tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS : 1 équipement par an (3)			
- Equipement classe A (100% santé)	100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des prix limites de vente optique		
- Autres prestations sur verres et monture (adaptation de la correction visuelle et autres suppléments)			
- Equipement classe B (hors 100% santé) dont 100,00 € pour la monture. Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables			
- Monture et verres simples	RO inclus dans la limite du forfait de 150,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 200,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 250,00 €
- Monture et verres complexes	RO inclus dans la limite du forfait de 200,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 250,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 300,00 €
- Monture et un verre simple + un verre complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 175,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 225,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 275,00 €
- Monture et verres très complexes	RO inclus dans la limite du forfait de 200,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 250,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 300,00 €
- Monture et un verre simple + un verre très complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 175,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 225,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 275,00 €
- Monture et un verre complexe + un verre très complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 200,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 250,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 300,00 €
- Autres prestations sur verres et monture	100% BR	100% BR	100% BR
Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu règlementairement.			
Le montant des remboursements optique s'entend y compris les remboursements déjà opérés par le RO ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue à ce contrat et dans la limite des frais facturés			
DENTAIRE (2) tel que défini règlementairement (4)			
- Soins et prothèses (100% santé)	100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des honoraires limites de facturation		
- Soins et prothèses (hors 100% santé) :			
- Honoraires médicaux chirurgien dentiste	100% BR	125% BR	150% BR
- Honoraires médicaux dentiste spécialiste	100% BR	125% BR	150% BR
- Actes techniques médicaux dentaires sans séjour	100% BR	125% BR	150% BR
- Examens, radios dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
- Examens de prévention bucco-dentaires pour les jeunes de 3 à 24 ans	100% BR	100% BR	100% BR
- Soins	175% BR	200% BR	230% BR
- Inlays/ Onlays	175% BR	200% BR	230% BR
- Prothèses prises en charge par le RO	125% BR	130% BR	230% BR
- Autres prestations dentaires :			
- Implantologie, parodontologie, orthodontie non prises en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	100,00 €	200,00 €	300,00 €
- Orthodontie prise en charge par le RO	150% BR	200% BR	250% BR
AIDES AUDITIVES (2) tel que défini règlementairement (4)			
A compter de la date d'acquisition, 1 aide auditive par oreille tous les 4 ans (3 bis)			
- Equipement classe I (100% santé)	100% des frais réels au-delà de la prise en charge par le régime obligatoire, dans la limite des prix limites de vente de l'aide auditive		
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire	100% BR	100% BR + 200,00 €	100% BR + 300,00 €
- Equipement classe II (hors 100% santé). Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables soit 1700€ (RO inclus)			
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire	100% BR	100% BR	100% BR
- Accessoires, entretien, piles, réparations	100% BR	100% BR	100% BR
PREVENTION ET SANTE AU QUOTIDIEN (2)			
- Prestations de prévention prévues à l'article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR	100% BR	100% BR
- Séance de psychologue remboursée par le RO (Mon Soutien Psy)	100% BR	100% BR	100% BR
- Sevrage tabagique et Moyens de contraception prescrits non remboursé/ an/ bénéficiaire	50,00 €	50,00 €	50,00 €
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	20,00 €	20,00 €	20,00 €
- Vaccin anti-grippe non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	30,00 €	30,00 €	30,00 €
- Ostéodensitométrie non remboursée par le RO/ an/ bénéficiaire	40,00 €	40,00 €	40,00 €
- Cures thermales acceptées par le RO (soins, hébergement, transport)	100% BR	100% BR	100% BR
- Forfait pour l'hébergement accepté ou non par le RO/ an/ bénéficiaire	-	100,00 €	200,00 €
- Prestations Bien être non prises en charge par le RO/ an/ bénéficiaire (5)	30,00 €	30,00 €	30,00 €
- Ostéopathie/ an/ bénéficiaire	50,00 €	70,00 €	100,00 €
HOSPITALISATION ET SOINS A L'ETRANGER : si le remboursement des soins s'effectue sur la base du régime obligatoire français			
ASSISTANCE (6)	OUI	OUI	OUI
TELECONSULTATION MEDAVIZ (7)	OUI	OUI	OUI
DEUXIEME AVIS (8)	OUI	OUI	OUI
TIERS PAYANT	OUI	OUI	OUI
Conformément à la réglementation des contrats responsables, la Mutuelle ne prend pas en charge les franchises annuelles mentionnées à l'article L322-2 du code de la Sécurité Sociale.			

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE :

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les pourcentages indiqués s'appliquent sur la Base de Remboursement du régime obligatoire.
- Les taux de régime obligatoire sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect des dispositions des contrats responsables.
- Le remboursement du régime obligatoire inclut la participation forfaitaire de 2€.
- Pour les praticiens non conventionnés le remboursement est effectué sur la base du tarif d'autorité.

(*) DPTAM (dispositif pratique tarifaire maîtrisée) est un engagement pris par le médecin pour limiter ses dépassements d'honoraires. La prise en charge des dépassements d'honoraires est minorée d'un montant égal à 20% de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire pour les médecins n'ayant pas adhéré au DPTAM (avec un minimum de 100% de la Base de Remboursement et un maximum de 200% de la Base de Remboursement).

- (1) Séjours exclus : longs séjours en maisons de cures médicales et retraite, maisons d'enfants spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médico-éducatifs, médico-psycho-pédagogiques, médico-professionnels et de rééducation, centres de rééducation professionnelle.
- (2) Sur présentation d'un justificatif.
- (3) **Conditions de renouvellement optique**: Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres). Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) 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 dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Par dérogation aux dispositions précédentes, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations suivantes : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin, somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin, variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance. Par dérogation aux dispositions précédentes, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale. Par dérogation aux dispositions précédentes, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique : les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA et atteintes maculaires évolutives, rétinopathie diabétique, opération de la cataracte datant de moins de 1 an, cataracte évolutive à composante réfractive, tumeurs oculaires et palpébrales, antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an, greffe de cornée datant de moins de 1 an, kératocône évolutif, kératopathies évolutives, dystrophie cornéenne, amblyopie, diplopie récente ou évolutive, les troubles de réfraction associés à une pathologie générale, diabète, maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), hypertension artérielle mal contrôlée, sida, affections neurologiques à composante oculaire, cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique, les troubles de réfraction associés à la prise de corticoïdes, antipaludéens de synthèse, tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance est indispensable.
- Plafonds optique dans le cadre des contrats responsables :
- | | |
|--|--|
| Monture : 100€ | |
| Monture + 2 verres simples : 420€ | Monture + 2 verres complexes : 700€ |
| Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe : 560€ | Monture + 2 verres très complexes : 800€ |
| Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe : 610€ | Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe : 750€ |
- (3 bis) **Conditions de renouvellement aide auditive** : La prise en charge d'une aide auditive ne peut se faire que sur prescription médicale. Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir du dernier remboursement effectué par l'assurance maladie obligatoire. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (4) Tels que définis réglementairement et visés à l'art R. 871-2 du code de la sécurité sociale.
- (5) Les consultations suivantes : étioathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue, diététicienne-nutritionniste, pédicure-podologue, psychologue pour enfant, micro-kinésithérapeute, hypnothérapeute, orthopédiste- orthésiste. En dehors des consultations, seules les orthèses plantaires sont prises en charge.
- (6) La nature des interventions ainsi que leurs conditions de mise en oeuvre sont décrites dans un feuillet spécifique, Prestations assurées par Fil Assistance.
- (7) MEDAVIZ est une offre de téléconsultation accessible 24h/24 et 7j/7. Le dispositif est détaillé dans un feuillet spécifique.
- (8) DEUXIEME AVIS permet un avis de médecin spécialisé. Le dispositif est détaillé dans un feuillet spécifique.



Exemples de Remboursement

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière * (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	0,00 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	836,00 €	830,36 €	806,60 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	162,30 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	201,30 €
Séjours sans acte lourd L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 541 €	3 541 €	2832,80 €	708,20 €	0,00 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	15,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2 € de participation forfaitaire + 17,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	6,90 €	39,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	6,90 €	2 € de participation forfaitaire + 44,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,78 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)</i>	500 €	120 €	72 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	557 €	120 €	72 €	78,00 €	407,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	707€	193,50€	193,50 €	96,75 €	416,75 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0,00 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,4 €	34,85 € par verre + 24,6 €	0,00 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,4 €	73,8 € par verre + 24,6 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples + monture</i>	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre +0,03 €	149,91 €	216,00 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	199,91 €	432,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	100,00 €	Selon les frais engagés
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 582 €	400 €	240 €	160,00 €	1 182,00 €
<i>* hors ambulatoire</i>					
1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire. 4 : Prix limite de vente.					
Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/)					

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MLC Mutuelle. Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la mutualité - au répertoire SIRENE 315 519 231
Produit : C Territoriale CFP1



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 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 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 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 et maternité : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport. ✓ Soins courants et prescriptions médicales : Consultations, visites médecins et spécialistes, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie, laboratoire remboursés par le Régime Obligatoire (RO). ✓ Frais optique médicale : Equipements 100% santé et prestations associées (monture et verres, appairage et adaptation des verres, supplément pour verres avec filtre). Autres équipements et prestations associées remboursés par le RO. Lentilles de contact remboursées. ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires 100% santé (couronnes, bridges, prothèses amovibles) autres prothèses dentaire remboursées par le RO, orthodontie acceptée par le RO. ✓ Aides auditives : équipements 100% santé et prestations associées. Prothèses et équipements auditifs remboursés par le RO. ✓ Appareillages remboursés par le RO : prothèses et orthèses médicales. LES GARANTIES OPTIONNELLES - Prime de Naissance - Chirurgie réfractive - Lentilles refusées par le RO - Implantologie, parodontologie, orthodontie non prises en charge par le RO - Sevrage tabagique non remboursé - Vaccins prescrits non pris en charge par le RO - Vaccin anti-grippe non pris en charge par le RO - Ostéodensitométrie non remboursée par le RO - Cures thermales : forfait pour l'hébergement accepté ou non par le RO - Prestations Bien être non prises en charge par le RO. - Consultations : étioathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue, diététicienne-nutritionniste, pédicurie-podologue, psychologue pour enfant, micro-kinésithérapeute, hypnothérapeute, orthopédiste-orthésiste. En dehors des consultations, seules les orthèses plantaires sont prises en charge. - Consultation d'ostéopathe LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens partenaires) ✓ Service d'analyse de devis L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE ✓ Informations juridiques, soutien psychologique ✓ Accompagnement social, appels de convivialité ✓ Conseils et informations médicales ✓ Accompagnement spécifique en cas de décès ✓ Accompagnement spécifique à la parentalité ✓ Acheminement des médicaments ✓ Aide à domicile, téléassistance ✓ Autres prestations de bien-être et soutien ✓ Garde d'enfants et petits-enfants personnes dépendantes ✓ Garde des animaux familiers ✓ Présence d'un proche au chevet ✓ Garde d'enfants malades ou blessé ✓ Ecole à domicile, assistance aux aidants ✓ Déplacement et hébergement d'un proche Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 ✗ Le versement d'un capital en cas de décès Y-a-t-il des exclusions à la couverture? ! La participation forfaitaire de 2€ s'applique à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin dans la limite de 8€ par jour (pour un même professionnel de santé). Elle concerne aussi les examens de radiologie et les analyses de biologie. Le plafond de la participation forfaitaire est de 50 € par an et par bénéficiaire. ! La franchise médicale s'applique sur les boîtes de médicaments (1 €), sur les actes paramédicaux (1 €) dans la limite de 8 € par jour, transports sanitaires (4 €) dans la limite de 8 € par jour. La franchise médicale est de 50 € par an et par bénéficiaire. ! 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. ! Hospitalisation : Séjours exclus : long séjour en maisons de cures médicales et retraite pour personnes âgées, maisons d'enfants spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médicaux-éducatifs, médico-psycho-pédagogiques, médico-professionnels et de rééducation, centre de rééducation professionnelle.
---	--



Où suis-je couvert ?

✓ En France et en Europe

✓ 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 la souscription du contrat :

- Fournir de manière exhaustive et en toute sincérité, les informations nécessaires à la complétude du bulletin d'adhésion.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins du Régime Obligatoire.
- Régler la cotisation (ou fraction de 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 du Régime Obligatoire.
- Mettre à jour sa carte vitale (bomes mises à disposition dans les centres de régime obligatoire ou en pharmacie).
- Informer la mutuelle de tous changements de situation, dans les quinze jours : tels le changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social ou de composition familiale.

Dans le cas d'une couverture santé par un contrat collectif obligatoire, informer également l'employeur.

Vous pouvez également envoyer un e-mail via votre espace adhérent sur "www.micmutuelle.fr" ou contacter le service relation adhérent au 02 41 49 16 00.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont communiquées conjointement au bulletin individuel d'affiliation. Les cotisations peuvent être réévaluées chaque année en fonction des résultats techniques des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes. Chaque année, avant le 31 octobre, la Mutuelle informe le souscripteur des évolutions de cotisations de l'année suivante.
 - Le paiement des cotisations s'effectue mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement à terme à échoir selon les modalités prévues à la signature du bulletin d'adhésion
 - Tout impôt et taxe, présent ou futur, auxquelles les garanties frais de santé pourraient être assujetties et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge du souscripteur en ce qui concerne les garanties obligatoires et à la charge du salarié en ce qui concerne les garanties facultatives.
 - Les cotisations afférentes aux garanties obligatoires des salariés sont annuelles et dues par le souscripteur qui les règle directement auprès de la Mutuelle.
- Il est responsable de leur paiement y compris des parts salariales précomptées.
- Les cotisations afférentes aux options facultatives sont payées par le salarié par prélèvement mensuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La couverture prend effet à la date renseignée sur le bulletin d'adhésion et à défaut le premier jour du mois suivant. Sous réserve de l'accomplissement des formalités d'affiliation et du paiement de la cotisation correspondante.
- La couverture prend fin à la date d'effet de la résiliation du contrat par le souscripteur ou la mutuelle.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- Résiliation à l'échéance par courrier en recommandé avec avis de réception ou en recommandé électronique et ce, avant le 31 octobre de chaque année.
- Résiliation issue de la Loi Châtel du 28 janvier 2005.
- Résiliation anticipée pour cause de changement de situation professionnelle ou personnelle.
- Résiliation infra annuelle.

L'intégralité des modalités des résiliations est inscrite dans le règlement mutualiste ou la notice d'information.

Exemples de Remboursement

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière * (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	45,00 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	836,00 €	830,36 €	806,60 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	67,93 €	94,37 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473 €	271,70 €	271,70 €	13,59 €	187,71 €
Séjours sans acte lourd L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 541 €	3 541 €	2832,80 €	708,20 €	0,00 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50 €	35,00 €	24,50 €	19,25 €	6,25 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37,00 €	23,90 €	17,73 €	2 € de participation forfaitaire + 10,37 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	8,05 €	37,85 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	8,05 €	2 € de participation forfaitaire + 42,85 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)</i>	500 €	120 €	72 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	557 €	120 €	72 €	84,00 €	401,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	707€	193,50€	193,50 €	193,50 €	320,00 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0,00 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,4 €	34,85 € par verre + 24,6 €	0,00 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,4 €	73,8 € par verre + 24,6 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples + monture</i>	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre +0,03 €	199,91 €	166,00 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	249,91 €	382,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	130,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	150,00 €	Selon les frais engagés
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 582 €	400 €	240 €	360,00 €	982,00 €
<i>* hors ambulatoire</i>					
1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire. 4 : Prix limite de vente.					
Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/)					

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MLC Mutuelle. Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la mutualité - au répertoire SIRENE 315 519 231
Produit : C Territoriale CFP2



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 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 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 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 et maternité : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport. ✓ Soins courants et prescriptions médicales : Consultations, visites médecins et spécialistes, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie, laboratoire remboursés par le Régime Obligatoire (RO). ✓ Frais optique médicale : Equipements 100% santé et prestations associées (monture et verres, appairage et adaptation des verres, supplément pour verres avec filtre). Autres équipements et prestations associées remboursés par le RO. Lentilles de contact remboursées. ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires 100% santé (couronnes, bridges, prothèses amovibles) autres prothèses dentaire remboursées par le RO, orthodontie acceptée par le RO. ✓ Aides auditives : équipements 100% santé et prestations associées. Prothèses et équipements auditifs remboursés par le RO. ✓ Appareillages remboursés par le RO : prothèses et orthèses médicales. LES GARANTIES OPTIONNELLES - Chambre particulière - Frais d'accompagnant - Prime de Naissance - Chirurgie réfractive - Lentilles refusées par le RO - Implantologie, parodontologie, orthodontie non prises en charge par le RO - Sevrage tabagique non remboursé - Vaccins prescrits non pris en charge par le RO - Vaccin anti-grippe non pris en charge par le RO - Ostéodensitométrie non remboursée par le RO - Cures thermales : forfait pour l'hébergement accepté ou non par le RO - Prestations Bien être non prises en charge par le RO. Consultations : étioathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue, diététicienne-nutritionniste, pédicurie-podologue, psychologue pour enfant, micro-kinésithérapeute, hypnothérapeute, orthopédiste-orthésiste. En dehors des consultations, seules les orthèses plantaires sont prises en charge. - Consultation d'ostéopathe LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens partenaires) ✓ Service d'analyse de devis L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE ✓ Informations juridiques, soutien psychologique ✓ Accompagnement social, appels de convivialité ✓ Conseils et informations médicales ✓ Accompagnement spécifique en cas de décès ✓ Accompagnement spécifique à la parentalité ✓ Acheminement des médicaments ✓ Aide à domicile, téléassistance ✓ Autres prestations de bien-être et soutien ✓ Garde d'enfants et petits-enfants personnes dépendantes ✓ Garde des animaux familiers ✓ Présence d'un proche au chevet ✓ Garde d'enfants malades ou blessé ✓ Ecole à domicile, assistance aux aidants ✓ Déplacement et hébergement d'un proche Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 ✗ Le versement d'un capital en cas de décès  Y-a-t-il des exclusions à la couverture? ! La participation forfaitaire de 2€ s'applique à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin dans la limite de 8€ par jour (pour un même professionnel de santé). Elle concerne aussi les examens de radiologie et les analyses de biologie. Le plafond de la participation forfaitaire est de 50 € par an et par bénéficiaire. ! La franchise médicale s'applique sur les boîtes de médicaments (1 €), sur les actes paramédicaux (1 €) dans la limite de 8 € par jour, transports sanitaires (4 €) dans la limite de 8 € par jour. La franchise médicale est de 50 € par an et par bénéficiaire. ! 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. ! Hospitalisation : Séjours exclus : long séjour en maisons de cures médicales et retraite pour personnes âgées, maisons d'enfants spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médicaux-éducatifs, médico-psycho-pédagogiques, médico-professionnels et de rééducation, centre de rééducation professionnelle.
---	--



Où suis-je couvert ?

✓ En France et en Europe

✓ 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 la souscription du contrat :

- Fournir de manière exhaustive et en toute sincérité, les informations nécessaires à la complétude du bulletin d'adhésion.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins du Régime Obligatoire.
- Régler la cotisation (ou fraction de 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 du Régime Obligatoire.
- Mettre à jour sa carte vitale (bomes mises à disposition dans les centres de régime obligatoire ou en pharmacie).
- Informer la mutuelle de tous changements de situation, dans les quinze jours : tels le changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social ou de composition familiale.

Dans le cas d'une couverture santé par un contrat collectif obligatoire, informer également l'employeur.

Vous pouvez également envoyer un e-mail via votre espace adhérent sur "www.micmutuelle.fr" ou contacter le service relation adhérent au 02 41 49 16 00.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont communiquées conjointement au bulletin individuel d'affiliation. Les cotisations peuvent être réévaluées chaque année en fonction des résultats techniques des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes. Chaque année, avant le 31 octobre, la Mutuelle informe le souscripteur des évolutions de cotisations de l'année suivante.
 - Le paiement des cotisations s'effectue mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement à terme à échoir selon les modalités prévues à la signature du bulletin d'adhésion
 - Tout impôt et taxe, présent ou futur, auxquelles les garanties frais de santé pourraient être assujetties et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge du souscripteur en ce qui concerne les garanties obligatoires et à la charge du salarié en ce qui concerne les garanties facultatives.
 - Les cotisations afférentes aux garanties obligatoires des salariés sont annuelles et dues par le souscripteur qui les règle directement auprès de la Mutuelle.
- Il est responsable de leur paiement y compris des parts salariales précomptées.
- Les cotisations afférentes aux options facultatives sont payées par le salarié par prélèvement mensuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La couverture prend effet à la date renseignée sur le bulletin d'adhésion et à défaut le premier jour du mois suivant. Sous réserve de l'accomplissement des formalités d'affiliation et du paiement de la cotisation correspondante.
- La couverture prend fin à la date d'effet de la résiliation du contrat par le souscripteur ou la mutuelle.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- Résiliation à l'échéance par courrier en recommandé avec avis de réception ou en recommandé électronique et ce, avant le 31 octobre de chaque année.
- Résiliation issue de la Loi Châtel du 28 janvier 2005.
- Résiliation anticipée pour cause de changement de situation professionnelle ou personnelle.
- Résiliation infra annuelle.

L'intégralité des modalités des résiliations est inscrite dans le règlement mutualiste ou la notice d'information.

Exemples de Remboursement

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0,00 €
Chambre particulière * (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	55,00 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24,00 €	0,00 €
Frais de séjour en secteur privé	836,00 €	830,36 €	806,60 €	24,00 €	0,00 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévus au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	26,45 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	119,79 €
Séjours sans acte lourd L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	3 541 €	3 541 €	2832,80 €	708,20 €	0,00 €
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50 €	35,00 €	24,50 €	25,50 €	0,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37,00 €	23,90 €	24,35 €	2 € de participation forfaitaire + 3,75 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62 €	23 €	16,10 €	13,80 €	32,10 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	67 €	23 €	14,10 €	13,80 €	2 € de participation forfaitaire + 37,10 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Dentaire					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)</i>	500 €	120 €	72 €	428,00 €	0,00 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60%* BR	40%* BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	557 €	120 €	72 €	204,00 €	281,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	707€	193,50€	193,50 €	290,25 €	223,25 €
Optique					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0,00 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	42,5 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,4 €	34,85 € par verre + 24,6 €	0,00 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,2 € par verre + 5,4 €	73,8 € par verre + 24,6 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples + monture</i>	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	249,91 €	116,00 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	299,91 €	332,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	180,00 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	250,00 €	Selon les frais engagés
Aides auditives					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	0,00 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710,00 €	0,00 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1 582 €	400 €	240 €	460,00 €	882,00 €
<i>* hors ambulatoire</i>					
1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés. 2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé. 3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire. 4 : Prix limite de vente.					
Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/)					

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MLC Mutuelle, Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la mutualité - au répertoire SIRENE 315 519 231
Produit : C Territoriale CFP3



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 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 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 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 et maternité : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport. ✓ Soins courants et prescriptions médicales : Consultations, visites médecins et spécialistes, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie, laboratoire remboursés par le Régime Obligatoire (RO). ✓ Frais optique médicale : Equipements 100% santé et prestations associées (monture et verres, appairage et adaptation des verres, supplément pour verres avec filtre). Autres équipements et prestations associées remboursés par le RO. Lentilles de contact remboursées. ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires 100% santé (couronnes, bridges, prothèses amovibles) autres prothèses dentaire remboursées par le RO, orthodontie acceptée par le RO. ✓ Aides auditives : équipements 100% santé et prestations associées. Prothèses et équipements auditifs remboursés par le RO. ✓ Appareillages remboursés par le RO : prothèses et orthèses médicales. LES GARANTIES OPTIONNELLES - Chambre particulière - Frais d'accompagnant - Prime de Naissance - Chirurgie réfractive - Lentilles refusées par le RO - Implantologie, parodontologie, orthodontie non prises en charge par le RO - Sevrage tabagique non remboursé - Vaccins prescrits non pris en charge par le RO - Vaccin anti-grippe non pris en charge par le RO - Ostéodensitométrie non remboursée par le RO - Cures thermales : forfait pour l'hébergement accepté ou non par le RO - Prestations Bien être non prises en charge par le RO. Consultations : étioathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue, diététicienne-nutritionniste, pédicurie-podologue, psychologue pour enfant, micro-kinésithérapeute, hypnothérapeute, orthopédiste-orthésiste. En dehors des consultations, seules les orthèses plantaires sont prises en charge. - Consultation d'ostéopathe LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens partenaires) ✓ Service d'analyse de devis L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE ✓ Informations juridiques, soutien psychologique ✓ Accompagnement social, appels de convivialité ✓ Conseils et informations médicales ✓ Accompagnement spécifique en cas de décès ✓ Accompagnement spécifique à la parentalité ✓ Acheminement des médicaments ✓ Aide à domicile, téléassistance ✓ Autres prestations de bien-être et soutien ✓ Garde d'enfants et petits-enfants personnes dépendantes ✓ Garde des animaux familiers ✓ Présence d'un proche au chevet ✓ Garde d'enfants malades ou blessé ✓ Ecole à domicile, assistance aux aidants ✓ Déplacement et hébergement d'un proche Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 ✗ Le versement d'un capital en cas de décès  Y-a-t-il des exclusions à la couverture? ! La participation forfaitaire de 2€ s'applique à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin dans la limite de 8€ par jour (pour un même professionnel de santé). Elle concerne aussi les examens de radiologie et les analyses de biologie. Le plafond de la participation forfaitaire est de 50 € par an et par bénéficiaire. ! La franchise médicale s'applique sur les boîtes de médicaments (1 €), sur les actes paramédicaux (1 €) dans la limite de 8 € par jour, transports sanitaires (4 €) dans la limite de 8 € par jour. La franchise médicale est de 50 € par an et par bénéficiaire. ! 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. ! Hospitalisation : Séjours exclus : long séjour en maisons de cures médicales et retraite pour personnes âgées, maisons d'enfants spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médicaux-éducatifs, médico-psycho-pédagogiques, médico-professionnels et de rééducation, centre de rééducation professionnelle.
---	--



Où suis-je couvert ?

✓ En France et en Europe

✓ 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 la souscription du contrat :

- Fournir de manière exhaustive et en toute sincérité, les informations nécessaires à la complétude du bulletin d'adhésion.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins du Régime Obligatoire.
- Régler la cotisation (ou fraction de 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 du Régime Obligatoire.
- Mettre à jour sa carte vitale (bomes mises à disposition dans les centres de régime obligatoire ou en pharmacie).
- Informer la mutuelle de tous changements de situation, dans les quinze jours : tels le changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social ou de composition familiale.

Dans le cas d'une couverture santé par un contrat collectif obligatoire, informer également l'employeur.

Vous pouvez également envoyer un e-mail via votre espace adhérent sur "www.micmutuelle.fr" ou contacter le service relation adhérent au 02 41 49 16 00.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont communiquées conjointement au bulletin individuel d'affiliation. Les cotisations peuvent être réévaluées chaque année en fonction des résultats techniques des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes. Chaque année, avant le 31 octobre, la Mutuelle informe le souscripteur des évolutions de cotisations de l'année suivante.
 - Le paiement des cotisations s'effectue mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement à terme à échoir selon les modalités prévues à la signature du bulletin d'adhésion
 - Tout impôt et taxe, présent ou futur, auxquelles les garanties frais de santé pourraient être assujetties et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge du souscripteur en ce qui concerne les garanties obligatoires et à la charge du salarié en ce qui concerne les garanties facultatives.
 - Les cotisations afférentes aux garanties obligatoires des salariés sont annuelles et dues par le souscripteur qui les règle directement auprès de la Mutuelle.
- Il est responsable de leur paiement y compris des parts salariales précomptées.
- Les cotisations afférentes aux options facultatives sont payées par le salarié par prélèvement mensuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La couverture prend effet à la date renseignée sur le bulletin d'adhésion et à défaut le premier jour du mois suivant. Sous réserve de l'accomplissement des formalités d'affiliation et du paiement de la cotisation correspondante.
- La couverture prend fin à la date d'effet de la résiliation du contrat par le souscripteur ou la mutuelle.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- Résiliation à l'échéance par courrier en recommandé avec avis de réception ou en recommandé électronique et ce, avant le 31 octobre de chaque année.
- Résiliation issue de la Loi Châtel du 28 janvier 2005.
- Résiliation anticipée pour cause de changement de situation professionnelle ou personnelle.
- Résiliation infra annuelle.

L'intégralité des modalités des résiliations est inscrite dans le règlement mutualiste ou la notice d'information.