CCN COIFFURE MLC

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 (Ticket Modérateur : TM) et Forfaits et dépassements		
	BASE - C2FA	**BASE + OPTION 1 C2FA + OFA1** *En couleur les améliorations liées à l'option*	**BASE + OPTION 2 C2FA +OFA2** *En couleur les améliorations liées à l'option*
HOSPITALISATION (1)			
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien adhérent au DPTAM*	135% BR	170% BR	500% BR
- Honoraires, actes chirurgicaux, praticien non adhérent au DPTAM*	115% BR	150% BR	200% BR
- Forfait journalier hospitalier (frais réels)	Durée illimitée	Durée illimitée	Durée illimitée
- Forfait patient urgences (pour soins aux urgences non suivis d'une hospitalisation)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Frais de séjour en établissement conventionné ou non	145% BR	170% BR	500% BR
- Participation forfaitaire sur acte lourd (selon la réglementation en vigueur)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Chambre particulière par jour en ambulatoire	15,00 €	45,00 €	70,00 €
- Chambre particulière par jour en médecine, chirurgie	15,00 €	45,00 €	70,00 €
- Chambre particulière par jour en convalescence (limitée à 90 jours/ an)	15,00 €	45,00 €	70,00 €
- Chambre particulière par jour en centre agréé de rééducation fonctionnelle (limitée à 240 j/ an)	15,00 €	45,00 €	70,00 €
- Chambre particulière par jour en psychiatrie (limitée à 60 jours/ an)	15,00 €	45,00 €	70,00 €
- Frais d'accompagnant (limités à 30 jours/an)	15,00 €	25,00 €	35,00 €
- Transports pris en charge par le RO	100% BR	100% BR	100% BR
- Les + Naissance :			
- Prime de Naissance	230,00 €	380,00 €	530,00 €
SOINS COURANTS			
- Honoraires médicaux Généraliste praticien adhérent au DPTAM*	120% BR	170% BR	250% BR
- Honoraires médicaux Généraliste praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	130% BR	200% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien adhérent au DPTAM*	120% BR	170% BR	250% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	130% BR	200% BR
- Sages-femmes	120% BR	170% BR	250% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	170% BR	250% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour non praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	150% BR	200% BR
- Actes de télésurveillance médicale	100% BR	100% BR	100% BR
- Examens, radios praticien adhérent au DPTAM*	100% BR	170% BR	250% BR
- Examens, radios praticien non adhérent au DPTAM*	100% BR	150% BR	200% BR
- Honoraires paramédicaux	100% BR	170% BR	250% BR
- Analyses et examens de laboratoire	100% BR	170% BR	250% BR
- Analyses et examens de laboratoire non remboursés par le RO (limités à 115€/ an/ bénéficiaire)	50% Frais réel	50% Frais réel	50% Frais réel
- 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, aides auditives, capillaires et mammaires)	125% BR	170% BR	250% BR
- Véhicule codifié VEH par le Régime Obligatoire (fauteuil roulant, …) (Part mutuelle limitée à 1 500€)	125% BR	170% BR	250% BR
- Prothèses capillaires suite chimiothérapie et implants mammaires suite mastectomie et cancer du sein/ an/ bénéficiaire	250,00 €	250,00 €	250,00 €
OPTIQUE (2) tel que défini règlementairement (4)			
- Chirurgie réfractive : forfait par œil/ an/ bénéficiaire	205,00 €	295,00 €	510,00 €
- Lentilles acceptées ou refusées par le RO/ an/ bénéficiaire	100% BR ou 0% BR + 120,00 €	100% BR ou 0% BR + 150,00 €	100% BR ou 0% BR + 220,00 €
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 (filtres, prismes, adaptation de la correction visuelle)			
- Equipement classe B (hors 100% santé).Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables			
- Monture	RO inclus dans la limite du forfait de 70,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 85,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 100,00 €
- Verre simple	RO inclus dans la limite du forfait de 50,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 60,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 100,00 €
- Verre complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 80,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 100,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 150,00 €
- Verre très complexe	RO inclus dans la limite du forfait de 110,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 140,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 210,00 €
- Autres prestations sur verres et monture (filtres, prismes, adaptation de la correction visuelle)	100% BR	100% BR	100% BR
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 dentaires	125% BR	200% BR	275% BR
- Honoraires médicaux Spécialiste dentaires	125% BR	200% BR	275% BR
- Actes techniques médicaux sans séjour dentaires	125% BR	200% BR	275% BR
- Examens, radios dentaires	125% BR	200% BR	275% BR
- Examens de prévention bucco-dentaires pour les jeunes de 3 à 24 ans	100% BR	100% BR	100% BR
- Soins	125% BR	200% BR	275% BR
- Inlays/ Onlays	230% BR	300% BR	380% BR
- Prothèses prises en charge par le RO	250% BR	380% BR	550% BR
- Prothèses non prises en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	-	160,00 €	400,00 €
- Autres prestations dentaires :			
- Implantologie non prise en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	300,00 €	425,00 €	500,00 €
- Parodontologie/ an/ bénéficiaire	300,00 €	400,00 €	400,00 €
- Orthodontie prise en charge par le RO/ semestre/ bénéficiaire	150% BR	225% BR	325% BR
- Orthodontie non prise en charge par le RO/ semestre/ bénéficiaire	-	-	400,00 €

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 de moins de 20 ans inclus ou atteint de cécité			
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire de 20 ans et plus			
- Equipement classe II (hors100% santé). Remboursement dans la limite des plafonds des contrats responsables			
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire de moins de 20 ans inclus ou atteint de cécité	RO inclus dans la limite du forfait de 1400,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 1680,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 1680,00 €
- Prothèse Auditive par oreille/ bénéficiaire de 20 ans et plus	RO inclus dans la limite du forfait de 400,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 700,00 €	RO inclus dans la limite du forfait de 1500,00 €
- Accessoires, entretien, piles, réparations	100% BR	100% BR	100% BR + 50,00 €
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 (limitée à 8 séances/ an/ bénéficiaire)	100% BR	100% BR	100% BR
- Moyens de contraception prescrits non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	60,00 €	60,00 €	60,00 €
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO/ an/ bénéficiaire	110,00 €	110,00 €	110,00 €
- Ostéodensitométrie non remboursée par le RO limitée à 115€	50% frais réel	50% frais réel	50% frais réel
- Prestations Bien être (non prises en charge par le RO)/ an/ bénéficiaire (5)	80,00 €	120,00 €	140,00 €
- Consultations Psychomotricien et ergothérapeute/ an/ bénéficiaire	35,00 €/ séance (maxi 10)	35,00 €/ séance (maxi 10)	35,00 €/ séance (maxi 10)
- Consultations Diététicien et psychologue/ an/ bénéficiaire	35,00 €/ séance (maxi 5)	35,00 €/ séance (maxi 5)	35,00 €/ séance (maxi 5)
HOSPITALISATION ET SOINS A L'ETRANGER : ***si le remboursement des soins s'effectue sur la base du régime obligatoire français***	**OUI**	**OUI**	**OUI**
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 + 1 verre simple et 1 verre complexe : 560€

Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe : 610€

Monture + 2 verres complexes : 700€

Monture + 2 verres très complexes : 800€

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 règlementairement et visés à l'art R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

(5) Les consultations suivantes : acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étiopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues.

(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.

Contrat responsable
C2FA

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	**15,00 €**	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 maitrisés**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassements si prévus au contrat**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	**95,10 €**	**67,20 €**
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 €	**40,76 €**	**160,54 €**
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 maitrisés**	**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 €	**17,50 €**	**8,00 €**
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie,etc…)	54 €	37,00 €	23,90 €	**16,40 €**	2 € de participation forfaitaire + **11,70 €**
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 €	**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 €**
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	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**
Ex : détartrage	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**
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	**228,00 €**	**257,00 €**
Orthodontie (moins de 16 ans)	**Prix moyen national**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : traitement par semestre (6 max)	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 €**
Ex : Verres simples et monture	*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 €
Ex : Verres progressifs et monture	*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**
Ex : verres simples + monture	*110 € (par verre) + 146 € (monture)*	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre +0,03 €	**169,91 €**	**196,00 €**
Ex : verres progressifs + monture	*243 € (par verre) + 146 € (monture)*	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	**229,91 €**	**402,00 €**
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**
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	**120,00 €**	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	**Prix moyen national**	**Non remboursé**	**Non remboursé**	**Prise en charge si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	**205,00 €**	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 €**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	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**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	**160,00 €**	**1 182,00 €**

** hors ambulatoire*

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 règlementation, 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 : CCN COIFFURE - C2FA

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
- Analyses et examens de laboratoire non remboursés par le RO
- Chirurgie réfractive
- Lentilles refusées par le RO
- Prothèses non prises en charge par le RO
- Implantologie non prise en charge par le RO
- Parodontologie non prise en charge par le RO
- Moyens de contraception prescrits non pris en charge par le RO
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO
- Ostéodensitométrie non remboursée par le RO
- Prestations Bien être non prises en charge par le RO.

Consultations : acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étiopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues.
- Consultations Psychomotricien et ergothérapeute non pris en charge par le RO
- Consultations Diététicien et psychologue non pris en charge par le RO.

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.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- 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 (bornes 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.mlcmutuelle.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 règlent 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.

Contrat responsable
OFA1

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 maitrisés**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassements si prévus au contrat**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	**162,30 €**	**0,00 €**
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 €	**135,85 €**	**65,45 €**
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 maitrisés**	**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 €	**28,10 €**	2 € de participation forfaitaire + **0,00 €**
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 €	**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 €**
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	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**
Ex : détartrage	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**
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	**384,00 €**	**101,00 €**
Orthodontie (moins de 16 ans)	**Prix moyen national**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : traitement par semestre (6 max)	707€	193,50€	193,50 €	**241,88 €**	**271,62 €**
Optique					
Équipement 100% santé	**Prix limite de vente (PLV)**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement dans la limite des PLV [4]**	**0,00 €**
Ex : Verres simples et monture	*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 €
Ex : Verres progressifs et monture	*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**
Ex : verres simples + monture	*110 € (par verre) + 146 € (monture)*	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre +0,03 €	**204,91 €**	**161,00 €**
Ex : verres progressifs + monture	*243 € (par verre) + 146 € (monture)*	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	**284,91 €**	**347,00 €**
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**
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	**150,00 €**	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	**Prix moyen national**	**Non remboursé**	**Non remboursé**	**Prise en charge si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	**295,00 €**	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 €**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	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**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	**460,00 €**	**882,00 €**

** hors ambulatoire*

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 règlementation, 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 : CCN COIFFURE - C2FA + OFA1

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
- Analyses et examens de laboratoire non remboursés par le RO
- Chirurgie réfractive
- Lentilles refusées par le RO
- Prothèses non prises en charge par le RO
- Implantologie non prise en charge par le RO
- Parodontologie non prise en charge par le RO
- Moyens de contraception prescrits non pris en charge par le RO
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO
- Ostéodensitométrie non remboursée par le RO
- Prestations Bien être non prises en charge par le RO.

Consultations : acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étiopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues.
- Consultations Psychomotricien et ergothérapeute non pris en charge par le RO
- Consultations Diététicien et psychologue non pris en charge par le RO.

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.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- 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 (bornes 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.mlcmutuelle.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 règlent 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.

Contrat responsable
OFA2

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	**70,00 €**	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 maitrisés**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassements si prévus au contrat**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70 €	271,70 €	**162,30 €**	**0,00 €**
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 €	**201,30 €**	**0,00 €**
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 maitrisés**	**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 €	**28,10 €**	2 € de participation forfaitaire + **0,00 €**
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 €	**29,90 €**	**16,00 €**
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie,etc…)	67 €	23 €	14,10 €	**29,90 €**	2 € de participation forfaitaire + **21,00 €**
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 €	**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 €**
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	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**
Ex : détartrage	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**
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557 €	120 €	72 €	**485,00 €**	**0,00 €**
Orthodontie (moins de 16 ans)	**Prix moyen national**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : traitement par semestre (6 max)	707€	193,50€	193,50 €	**435,38 €**	**78,12 €**
Optique					
Équipement 100% santé	**Prix limite de vente (PLV)**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement dans la limite des PLV [4]**	**0,00 €**
Ex : Verres simples et monture	*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 €
Ex : Verres progressifs et monture	*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**
Ex : verres simples + monture	*110 € (par verre) + 146 € (monture)*	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre +0,03 €	**299,91 €**	**66,00 €**
Ex : verres progressifs + monture	*243 € (par verre) + 146 € (monture)*	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	**399,91 €**	**232,00 €**
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**
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	**220,00 €**	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	**Prix moyen national**	**Non remboursé**	**Non remboursé**	**Prise en charge si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	**510,00 €**	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 €**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	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**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582 €	400 €	240 €	**1 260,00 €**	**82,00 €**

** hors ambulatoire*

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 règlementation, 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 : CCN COIFFURE - C2FA + OFA2

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
- Analyses et examens de laboratoire non remboursés par le RO
- Chirurgie réfractive
- Lentilles refusées par le RO
- Prothèses non prises en charge par le RO
- Implantologie non prise en charge par le RO
- Parodontologie non prise en charge par le RO
- Orthodontie non prise en charge par le RO
- Moyens de contraception prescrits non pris en charge par le RO
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO
- Ostéodensitométrie non remboursée par le RO
- Prestations Bien être non prises en charge par le RO.

Consultations : acupuncteurs, auriculothérapeutes, bio-kinergie, chiropracteurs, étiopathes, hypnose médicale, kiné méthode Mézières, mésothérapeutes, micro-kinésithérapie, ostéopathes, TENS neurostimulations électriques transcutanées, réflexologues, sophrologues.
- Consultations Psychomotricien et ergothérapeute non pris en charge par le RO
- Consultations Diététicien et psychologue non pris en charge par le RO.

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.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- 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 (bornes 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.mlcmutuelle.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 règlent 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.