

Formule 2

Une couverture santé équilibrée

SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
Généraliste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM CO	120%
Généraliste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%
Spécialiste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM CO	165%
Spécialiste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM CO	145%
Actes techniques (2) adhérent OPTAM	160%
Actes techniques (2) non adhérent OPTAM	140%
Échographie adhérent OPTAM	160%
Échographie non adhérent OPTAM	140%
Radiologie, scanner, IRM	100%
MÉDICAMENTS	
Médicaments pris en charge à 65% par l'AMO	100%
Médicaments pris en charge à 30% par l'AMO	100%
Médicaments pris en charge à 15% par l'AMO	-
MATÉRIEL MÉDICAL	
Petit appareillage	100% + 100€/an
Grand appareillage	100% + 300€/an
Prothèses mammaires ou capillaires prises en charge par l'AMO	100% + 250€/an par type de prothèse
Couches pour incontinence	100% + 40% dépenses
Couches pour énurésie de l'enfant (> 5ans)	-
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
	100%
DENTAIRE⁽³⁾	
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ *	
Soins et prothèses 100% santé	Intégralement pris en charge
SOINS DENTAIRES	
Soins	100%
PROTHÈSES DENTAIRES À TARIFS MAÎTRISÉS OU LIBRES	
Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO (sauf InlayCore)	280%
InlayCore	200%
Prothèses dentaires (hors implant) non prises en charge par l'AMO	100€/an
AUTRES SOINS ET ACTES	
Orthodontie acceptée par l'AMO (-16 ans)	280%
Orthodontie non prise en charge par l'AMO	-
Parodontologie	100% + 170€/an
Implantologie	100% + 300€/an
OPTIQUE Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans pour les adultes sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 an).	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ *	
Montures relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge
Verres simples relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge
Verres complexes relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge
Verres très complexes relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge
Appairage	Intégralement pris en charge
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	Intégralement pris en charge
Verres avec filtres	Intégralement pris en charge
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iseiconiques)	Intégralement pris en charge
VERRES OU MONTURES À TARIFS LIBRES ENFANT < 16 ANS	
Montures	100% + 50€
Verres simples (par verre)	100% + 45€
Verres complexes (par verre)	100% + 90€
Verres très complexes (par verre)	100% + 90€
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	100%
Verres avec filtres	100%
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iseiconiques)	100%
VERRES OU MONTURES À TARIFS LIBRES	
Montures à tarifs libres	100% + 80€
Verres simples à tarifs libres (par verre)	100% + 85€
Verres complexes à tarifs libres (par verre)	100% + 100€
Verres très complexes à tarifs libres (par verre)	100% + 120€
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	100%
Verres avec filtres	100%
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iseiconiques)	100%
LENTILLES	
Lentilles (remboursées par l'AMO)	100% + 210€/an
Lentilles (non remboursées par l'AMO)	210€/an
Chirurgie réfractive	300€/œil/an
Implants multifocaux	120€/implant
Déficience visuelle (DMLA,...)	10% du prix du matériel dans la limite de 400€/année civile

AIDES AUDITIVES Prise en charge limitée à un appareil par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition. L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année.	
ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ *	
Équipements 100% santé <=20 ans	Intégralement pris en charge
Équipements 100% santé >20 ans	Intégralement pris en charge
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES	
Prothèses auditives prises en charge et incluant l'AMO <=20 ans	1700€/oreille
Prothèses auditives prises en charge et incluant l'AMO >20 ans	700€/oreille
CONSOMMABLES, PILES ET ACCESSOIRES (KIT NETTOYAGE)	100% + 60€/an
HOSPITALISATION (4)	
HONORAIRES	
Honoraires Médecin si adhérent OPTAM/OPTAM CO	160%
Honoraires Médecin non adhérent OPTAM/OPTAM CO	140%
CHAMBRE PARTICULIÈRE (5)	
Médical, chirurgical, obstétrique	35€/jour
Ambulatoire	20€
Convalescence, réadaptation fonctionnelle SSR	20€/jour - maxi 90 jours/an
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Intégralement pris en charge
FRAIS DE SÉJOUR	100%
FORFAIT JOURNALIER PSYCHIATRIE	Intégralement pris en charge
TRANSPORT AMBULANCE	100%
PARTICIPATION FORFAITAIRE PAR ACTE >120€	Intégralement pris en charge
FRAIS D'ACCOMPAGNANT	17€/jour
ALLOCATION POUR FRAIS DIVERS HOSPITALISATION	-
PACK BIEN ÊTRE, MÉDECINE ALTERNATIVE ET COMPLÉMENTAIRE	
ACUPUNCTEUR, OSTÉOPATHE, ÉTIOPATHE, DIÉTÉTICIEN, CHIROPRACTEUR, HOMÉOPATHE, PÉDICURE PODOLOGUE (avec diplôme d'état)	100€/an
PSYCHOLOGUE, ERGOTHÉRAPEUTE, PSYCHOMOTRICIEN (avec diplôme d'état)	
HOMÉOPATHIE, PHYTOTHÉRAPIE	20€/an
CURES THERMALES	
FORFAIT THERMAL, SURVEILLANCE MÉDICALE, HÉBERGEMENT	100%
FORFAIT CURE	100€/an
PRÉVENTION	
ACTES DE PRÉVENTION ET VACCINS REMBOURSÉS PAR L'AMO	100%
OSTÉODENSITOMÉTRIE ACCEPTÉE PAR L'AMO	100% + 45€/an
ACTES OSTÉODENSITOMÉTRIE NON PRISE EN CHARGE PAR L'AMO	45€/an
CONTRACEPTION NON REMBOURSÉE PAR L'AMO (pilule, anneau vaginal, préservatif, spermicides, implants, patch)	120€/an
SEVRAGE TABAGIQUE	50€/an
VACCINS NON REMBOURSÉS PAR L'AMO ET TRAITEMENT ANTIPALUDIQUE / VACCIN ANTIGRIPE	100% + 40€/an
DÉPISTAGE RAPIDE INFECTION VIH	30€/an
DIVERS AVANTAGES	
ALLOCATION MATERNITÉ - ADOPTION	200 €
FRAIS OBSÈQUES (6)	550 €
MAGAZINE VIVA	OUI
ENTRAIN-SSAM SERVICE VACANCES (7)	OUI
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE RMA (8)	OUI
SANTÉCLAIR (9)	OUI
PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ ET MÉDICALE (10)	OUI
PREV'ENTRAIN - COACHING SANTÉ	OUI

- (1) Les prestations s'inscrivent dans le respect du contrat « Responsable et Solidaire » et dans la limite des frais engagés. Les prestations sont indiquées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BR) en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en vigueur au jour de la signature du contrat. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné(e) avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé conventionnés). L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés dans le tableau de garantie. Les forfaits exprimés par an s'entendent, sauf précision, par année civile.
- (2) Actes chirurgicaux et non chirurgicaux pratiqués hors hospitalisation par les médecins spécialistes : chirurgiens, cardiologues, ophtalmologues, gastro-entérologues, gynécologues ...
- (3) Les remboursements interviennent le cas échéant dans la double limite du niveau de garantie exprimé et des honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.
- (4) Sauf établissements médicaux-sociaux et unité de soins pour longs séjours.
- (5) Chambre particulière : pour les établissements conventionnés par la FNMF dans le cadre du conventionnement mutualiste hospitalier (CHM), la participation de Mutuelle Entrain est limitée aux tarifs négociés ; le règlement s'effectue auprès de l'établissement dans le cadre du tiers payant. Pour les établissements non conventionnés par la FNMF, la participation de la Mutuelle se limite au montant défini par la garantie souscrite ; le règlement peut s'effectuer auprès de l'établissement ou, à défaut de tiers payant, à l'adhérent.
- (6) Adhésion avant le 60ème anniversaire - Mutuelle d'Ivry la Fraternelle: 23, rue Yves Toudic, 75481 PARIS CEDEX 10.
- (7) ENTRAIN-SSAM Service Vacances -13 avenue Aristide Briand. 38600 FONTAINE.
- (8) Ressources Mutuelles Assistance - 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 VERTOU Cedex. Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 444 269 682.
- (9) Santéclair - Société Anonyme au capital de 3 834 030 euros ayant son siège 7 Mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1 - Immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.
- (10) COVEA PROTECTION JURIDIQUE : 33 rue de Sydney - 72045 Le Mans Cedex 2.

OPTAM/OPTAM CO : option pratique tarifaire maîtrisée issue de la convention médicale en vigueur.
 AMO : Assurance Maladie Obligatoire (CPRP SNCF, Régime général ou local).

* Tels que définis réglementairement.

Version du 2 octobre 2020

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle Entrain – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité. SIREN : 775 558 778

Produit : **Formule 2**

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 **Formule 2** 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, chambre particulière, frais accompagnant, dépassement d'honoraires.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations généralistes et spécialistes, visites médecins, radiologie et analyses médicales, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale).
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), implants, orthodontie, parodontologie.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses auditives, orthèses, prothèses externes (mammaires, capillaires, oculaires).
- ✓ **Prestations supplémentaires : Bien être** : acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, pédicure-podologue, homéopathe. Psychologue, ergothérapeute, psychomotricien.
- ✓ **Prévention** : ostéodensitométrie, contraception, sevrage tabagique, vaccins non remboursés. **Chirurgie réfractive de la vision. Implants multifocaux. Cure thermale. Allocation maternité. Frais d'obsèques.**

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais.
- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires) et Téléconsultation Médicale.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation y compris en ambulatoire.
- ✓ Protection Juridique Santé et Médicale.

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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière facturés par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : remboursement 35€/jour sans limitation de durée en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique et 20€/jour en ambulatoire.
- ! **Frais d'obsèques** : prise en charge à hauteur de 550€ sauf adhésion à la mutuelle après 60 ans.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : prise en charge des prothèses non remboursées par la sécurité sociale à hauteur de 100 €/an.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 700 € par appareil et par an pour les plus de 20 ans
- ! **Cure thermale** : forfait cure limitée à 100€ par an.
- ! **Bien être** : 100 € de forfait global par an et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement s'effectue si le régime d'assurance maladie obligatoire français intervient, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle,
- 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.
- Payer les cotisations.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité Sociale.
- Informer la mutuelle dans les plus brefs délais des événements suivants, dès leur survenance :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie,
 - Changement de profession : perte d'emploi, départ à la retraite.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables annuellement à la date indiquée dans le contrat mutualiste.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé (Semestriel, Trimestriel, Mensuel) sans aucun frais supplémentaire.
Les paiements peuvent être effectués par prélèvement sur salaire ou pension, chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée dans le contrat. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat mutualiste :

- À la date d'échéance principale du contrat mutualiste, soit le 31 décembre, en nous adressant une lettre recommandée ou tout autre moyen prévu par l'article L221-10-3 du code de la mutualité, et ce, au moins deux mois avant cette date (délai de préavis),
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- Dans les 20 jours de l'envoi de l'avis d'échéance annuelle de cotisation, si cette information est adressée moins de 15 jours avant la date de fin du délai de préavis, ou après cette date.
- Le contrat peut aussi être résilié dans les conditions fixées par l'article L221-10-2 du code de la mutualité : résiliation du contrat après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

