

	Formule 1 L'essentiel à un tarif accessible	Formule 2 Une couverture santé équilibrée	Formule 3 Une protection de haut niveau
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Généraliste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	120%	145%
Généraliste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	100%	125%
Spécialiste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	165%	185%
Spécialiste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	145%	165%
Actes techniques (2) adhérent OPTAM	160%	160%	185%
Actes techniques (2) non adhérent OPTAM	140%	140%	165%
Échographie adhérent OPTAM	160%	160%	185%
Échographie non adhérent OPTAM	140%	140%	165%
Radiologie, scanner, IRM	100%	100%	100%
MÉDICAMENTS			
Médicaments pris en charge à 65% par l'AMO	100%	100%	100%
Médicaments pris en charge à 30% par l'AMO	100%	100%	100%
Médicaments pris en charge à 15% par l'AMO	-	-	100%
MATÉRIEL MÉDICAL			
Petit appareillage	100% + 50€/an	100% + 100€/an	100% + 150€/an
Grand appareillage	100% + 50€/an	100% + 300€/an	100% + 350€/an
Accompagnement post opératoire et traitement des effets secondaires des maladies graves et redoutées : Prothèse/implant mammaire, capillaire, oculaire et soutien-gorge médical avec poche	100% + 50€/an par type de prothèse	100% + 250€/an par type de prothèse	100% + 300€/an par type de prothèse
Couches pour incontinence	100%	100% + 40% dépenses	100% + 100% dépenses
Couches pour énurésie de l'enfant (> 5ans)	-	-	200€/famille/an
HONORAIRES PARAMÉDICAUX : auxiliaires médicaux et paramédicaux, y compris séances de psychologues remboursées par l'AMO	100%	100%	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	100%	100%	100%
DENTAIRE (3)			
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ *			
Soins et prothèses 100% santé	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
SOINS DENTAIRES			
Soins	100%	100%	100%
PROTHÈSES DENTAIRES À TARIFS MAÎTRISÉS OU LIBRES			
Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO (sauf InlayCore)	100%	280%	330%
InlayCore	100%	200%	330%
Prothèses dentaires (hors implant) non prises en charge par l'AMO	-	100€/an	150€/an
AUTRES SOINS ET ACTES			
Orthodontie acceptée par l'AMO (-16 ans)	230%	280%	330%
Orthodontie non prise en charge par l'AMO	-	-	400€/an
Parodontologie (4)	100% + 110€/an	100% + 170€/an	100% + 220€/an
Implantologie (4)	-	100% + 300€/an	100% + 450€/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	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
Verres simples relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
Verres complexes relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
Verres très complexes relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
Appairage	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
Verres avec filtres	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iseiconiques)	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
VERRES OU MONTURES À TARIFS LIBRES ENFANT < 16 ANS			
Montures	100%	100% + 50€	100% + 70€
Verres simples (par verre)	100%	100% + 45€	100% + 60€
Verres complexes (par verre)	100%	100% + 90€	100% + 100€
Verres très complexes (par verre)	100%	100% + 90€	100% + 100€
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	100%	100%	100%
Verres avec filtres	100%	100%	100%
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iseiconiques)	100%	100%	100%
VERRES OU MONTURES À TARIFS LIBRES			
Montures à tarifs libres	100%	100% + 80€	100€
Verres simples à tarifs libres (par verre)	100%	100% + 85€	100% + 115€
Verres complexes à tarifs libres (par verre)	100%	100% + 100€	100% + 130€
Verres très complexes à tarifs libres (par verre)	100%	100% + 120€	100% + 150€
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	100%	100%	100%
Verres avec filtres	100%	100%	100%
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iseiconiques)	100%	100%	100%
AUTRES PRESTATIONS			
Lentilles (remboursées par l'AMO)	100% + 85€/an	100% + 210€/an	100% + 230€/an
Lentilles (non remboursées par l'AMO)	85€/an	210€/an	230€/an
Chirurgie réfractive	-	300€/œil/an	500€/œil/an
Implants multifocaux	-	120€/implant	150€/implant
Déficience visuelle (DMLA,...)	10% du prix du matériel dans la limite de 400€/année civile	10% du prix du matériel dans la limite de 400€/année civile	10% du prix du matériel dans la limite de 400€/année civile

	Formule 1 L'essentiel à un tarif accessible	Formule 2 Une couverture santé équilibrée	Formule 3 Une protection de haut niveau
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	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
Équipements 100% santé >20 ans	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES * Montant incluant le remboursement de l'AMO			
Prothèses auditives prises en charge AMO <=20 ans	1 500€/oreille	1700€/oreille	1700€/oreille
Prothèses auditives prises en charge AMO >20 ans	450€/oreille	700€/oreille	1050€/oreille
CONSOMMABLES, PILES, CHARGEUR ET ACCESSOIRES (KIT NETTOYAGE)	100%	100% + 60€/an	100% + 100€/an
HOSPITALISATION (5)			
HONORAIRES			
Honoraires Médecin si adhérent OPTAM/OPTAM CO	160%	160%	185%
Honoraires Médecin non adhérent OPTAM/OPTAM CO	140%	140%	165%
CHAMBRE PARTICULIÈRE (6)			
Médical, chirurgical, obstétrique	-	35€/jour	50€/jour
Ambulatoire et hospitalisation à temps partiel	20€	20€	25€
Convalescence, réadaptation fonctionnelle SSR	-	20€/jour - maxi 90 jours/an	25€/jour - maxi 90 jours/an
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
FRAIS DE SÉJOUR	100%	100%	100%
FORFAIT JOURNALIER PSYCHIATRIE	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
TRANSPORT AMBULANCE	100%	100%	100%
PARTICIPATION FORFAITAIRE PAR ACTE >120€	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
FORFAIT PATIENT URGENCES	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge	Intégralement pris en charge
FRAIS D'ACCOMPAGNANT	-	17€/jour	20€/jour
ALLOCATION POUR FRAIS DIVERS HOSPITALISATION	-	-	20€/jour - maxi 30 jours/an
PACK BIEN ÊTRE, MÉDECINE ALTERNATIVE ET COMPLÉMENTAIRE			
ACUPUNCTEUR, OSTÉOPATHE, ÉTIOPATHE, DIÉTÉTICIEN, CHIROPRACTEUR, HOMÉOPATHE, PÉDICURE PODOLOGUE (avec diplôme d'état)	20€/an	100€/an	200€/an
PSYCHOLOGUE, ERGOTHÉRAPEUTE, PSYCHOMOTRICIEN (avec diplôme d'état)			
HOMÉOPATHIE, PHYTOTHÉRAPIE	20€/an	20€/an	30€/an
CURES THERMALES			
FORFAIT THERMAL, SURVEILLANCE MÉDICALE, HÉBERGEMENT	100%	100%	100%
FORFAIT CURE	-	100€/an	150€/an
PRÉVENTION			
ACTES DE PRÉVENTION ET VACCINS REMBOURSÉS PAR L'AMO	100%	100%	100%
OSTÉODENSITOMÉTRIE ACCEPTÉE PAR L'AMO	100% + 45€/an	100% + 45€/an	100% + 45€/an
ACTES OSTÉODENSITOMÉTRIE NON PRISE EN CHARGE PAR L'AMO	45€/an	45€/an	45€/an
CONTRACEPTION NON REMBOURSÉE PAR L'AMO (pilule, anneau vaginal, préservatif, spermicides, implants, patch)	120€/an	120€/an	120€/an
SEVRAGE TABAGIQUE	50€/an	50€/an	50€/an
VACCINS NON REMBOURSÉS PAR L'AMO ET TRAITEMENT ANTIPALUDIQUE / VACCIN ANTIGRIPE	100% + 40€/an	100% + 40€/an	100% + 40€/an
DÉPISTAGE RAPIDE INFECTION VIH	30€/an	30€/an	30€/an
DIVERS AVANTAGES			
ALLOCATION MATERNITÉ - ADOPTION	200 €	200 €	200 €
FRAIS OBSÈQUES (7)	550 €	550 €	550 €
Viva MAGAZINE VIVA	OUI	OUI	OUI
SERVICE VACANCES	OUI	OUI	OUI
rma ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE RMA (8)	OUI	OUI	OUI
SANTÉCLAIR (9) - TÉLÉCONSULTATION	OUI	OUI	OUI
COVEA PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ ET MÉDICALE (10)	OUI	OUI	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) Majoration de 5% du forfait parodontologie dans les centres de santé qui adhèrent au conventionnement dentaire mutualiste et implantologie.

(5) Sauf établissements médico-sociaux et unités de soins pour longs séjours.

(6) Chambre particulière : pour les établissements conventionnés par la FNMF dans le cadre du conventionnement mutualiste hospitalier (CHM), la participation de Mutuelle Entraïn 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.

(7) Adhésion avant le 60^{ème} anniversaire - Mutuelle d'Ivry la Fraternelle: 23, rue Yves Toudic, 75481 PARIS CEDEX 10.

(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.

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX	
Généraliste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM CO	150%
Généraliste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM CO	130%
Spécialiste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM CO	200%
Spécialiste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM CO	180%
Actes techniques ⁽²⁾ adhérent OPTAM	200%
Actes techniques ⁽²⁾ non adhérent OPTAM	180%
Échographie adhérent OPTAM	200%
Échographie non adhérent OPTAM	180%
Radiologie, scanner, IRM adhérent OPTAM	100%
Radiologie, scanner, IRM non adhérent OPTAM	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	100%
Automédication en pharmacie ⁽³⁾ y compris homéopathie	60€/an
MATÉRIEL MÉDICAL	
Petit appareillage	100%
Grand appareillage	100%
Accompagnement post opératoire et traitement des effets secondaires des maladies graves et redoutées : Prothèse/implant mammaire, capillaire, oculaire et soutien-gorge médical avec poche	100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux et paramédicaux, y compris séances de psychologues remboursées par l'AMO	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Analyses médicales	100%

DENTAIRE ⁽⁴⁾

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ*		
Soins et prothèses 100% santé	Intégralement pris en charge	
SOINS DENTAIRES		
Soins dentaires	100%	
PROTHÈSES DENTAIRES À TARIFS MAÎTRISÉS OU LIBRES		
	Dans le réseau	Hors réseau
Inlay / Onlay	100% + 280€	100% + 140€
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur Incisives, Canines, 1 ^{ère} Prémolaire	100% + 400€	100% + 250€
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur la 2 ^{nde} Prémolaire	100% + 350€	100% + 220€
Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur les Molaire	100% + 350€	100% + 220€
Inlay Core pris en charge par le RO	100% + 110€	100% + 70 €
Bridge 3 éléments pris en charge par le RO		
Bridge sur Incisives, Canines, 1 ^{ère} Prémolaire	100% + 810€	100% + 250€
Bridge sur 2 ^{nde} prémolaire	100% + 810€	100% + 220€
Bridge sur Molaire	100% + 810€	100% + 220€
Prothèses dentaires provisoires et transitoires remboursées ou non par l'AMO	100% + 40€	100% + 30€
Appareil amovible pris en charge par le RO	100%	100%
Autres prothèses dentaires prises en charge par le RO	100%	100%
Couronne sur implant (max 2 par an)	100% + 800€	100% + 400€
AUTRES SOINS ET ACTES		
	Dans le réseau	Hors réseau
Orthodontie - remboursée par AMO	100% + 1000€/an	100% + 500€/an
Orthodontie - Adultes (non prise en charge par AMO)	600€/an	400€/an
Parodontologie ⁽⁵⁾	100% + 600€/an	100% + 350€/an
Implantologie (max 2 par an) ⁽⁵⁾	100% + 475€/an	100% + 290€/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

	Dans le réseau	Hors réseau
Montures (Ticket Modérateur inclus)	100 €	
Verre unifocal : niveau 101 - 201 - Verre simple (par verre)	160€	50€
Verre unifocal : niveau 102 - 202 - Verre simple (par verre)	160€	50€
Verre unifocal : niveau 103 - 203 - Verre complexe (par verre)	300€	75€
Verre unifocal : niveau 104 - 204 - Verre complexe (par verre)	300€	75€
Verre multifocal : niveau 111 - 204 - Verre complexe (par verre)	300€	75€
Verre multifocal niveau 112 - 204 - Verre complexe (par verre)	300€	75€
Verre multifocal niveau 113 - 204 - Verre très complexe (par verre)	350€	130€
Verre multifocal niveau 114 - 204 - Verre très complexe (par verre)	350€	130€
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	100%	100%
Verres avec filtres	100%	100%
Autres suppléments : prisme, système antiptosis, verres iseiconiques	100%	100%
AUTRES PRESTATIONS		
Lentilles remboursées ou non par RO ⁽⁵⁾	100% + 250€/an	100% + 250€/an
Chirurgie réfractive	800€/œil	400€/œil



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 montant incluant le remboursement de l'AMO	
Prothèses prises en charge AMO <=20 ans	100%
Prothèses prises en charge AMO >20 ans	100%
CONSOMMABLES, PILES, CHARGEUR ET ACCESSOIRES KIT NETTOYAGE	100% + 30€

PACK BIEN ÊTRE, MÉDECINE ALTERNATIVE ET COMPLÉMENTAIRE

Acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure podologue, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute (avec diplôme d'état) 220€/an

CURES THERMALES

Forfait thermal, surveillance médicale, hébergement 100%

PRÉVENTION

Actes de prévention et vaccins remboursés par AMO	100%
Contraception non remboursée par l'AMO (pilule, anneau vaginal, préservatif, spermicides, implants, patch)	60€/an
Sevrage tabagique	50€/an
Vaccins non remboursés par l'AMO et traitement antipaludique / vaccin antigrippe sur prescription	100% + 40€/an
Dépistage rapide infection VIH	30€/an

DIVERS AVANTAGES

Allocation maternité - Adoption	200€
Magazine Viva	Oui
Aide ménagère - dès hospitalisation en ambulatoire	25€/h - maxi 10h/an/bénéficiaire
Services Santéclair ⁽⁸⁾ - Téléconsultation	gratuit et illimité ⁽⁹⁾
Services Vacances	Oui
Protection Juridique Vie Privée ⁽¹⁰⁾	Oui

HOSPITALISATION ⁽⁶⁾

HONORAIRES

Honoraires Médecin si OPTAM-OPTAM CO	220%
Honoraires Médecin non OPTAM-OPTAM CO	200%

CHAMBRE PARTICULIÈRE ⁽⁷⁾

Médecine, chirurgie, obstétrique	60€/jour
Convalescence, réadaptation fonctionnelle SSR	30€/jour - maxi 60 jours/an
Ambulatoire (sans hébergement) et hospitalisation à temps partiel	25€/acte

FORFAIT JOURNALIER Y COMPRIS PSYCHIATRIE Intégralement pris en charge

FRAIS DE SÉJOUR 100%

TRANSPORT REMBOURSÉS PAR L'AMO 100%

PARTICIPATION FORFAITAIRE PAR ACTE > 120€ Intégralement pris en charge

FORFAIT PATIENT URGENCES Intégralement pris en charge

FRAIS D'ACCOMPAGNANT MÉDECINE / CHIRURGIE / OBSTÉTRIQUE 20€/jour



(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) Selon liste définie et consultable sur le site www.mutuelle-entrain.fr.

(4) 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.

(5) Majoration de 5% du forfait parodontologie et implantologie dans les centres de santé qui adhèrent au conventionnement dentaire mutualiste.

(6) Sauf établissements médico-sociaux et unités de soins pour longs séjours.

(7) Chambre particulière : pour les établissements conventionnés par la FNM 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 FNM, 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.

(8) 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.

(9) Hors participation forfaitaire d'un euro déduite, le cas échéant, sur un prochain remboursement effectué par l'Assurance Maladie.

(10) COVEA PROTECTION JURIDIQUE : 33 rue de Sydney - 72045 Le Mans Cedex 2 - 02.43.39.35.05.

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.

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 1**



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 1** 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, 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), orthodontie, parodontologie.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses auditives, orthèses, prothèses externes (mammaires, capillaires, oculaires).
- ✓ **Bien être** : acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, diététicien, pédicure-podologue, homéopathe. Psychologue, ergothérapeute, psychomotricien.
- ✓ **Prévention** : ostéodensitométrie, contraception, sevrage tabagique, vaccins non remboursés.
- ✓ **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 dès 48h d'hospitalisation.
- ✓ 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 à hauteur de 20€/jour uniquement en hospitalisation 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** : pas de prise en charge des prothèses non remboursées par la sécurité sociale.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 450 € par appareil et par an pour les plus de 20 ans
- ! **Cure thermale** : remboursement limité au ticket modérateur.
- ! **Bien être** : 20 € 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, 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 jusqu'au 31 décembre de l'année en cours 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 mutualiste.



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 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.

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, 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. Chirurgie réfractive de la vision. Implants multifocaux.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie, parodontologie.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses auditives, orthèses, prothèses externes (mammaires, capillaires, oculaires).
- ✓ **Bien être** : acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, diététicien, pédicure-podologue, homéopathe. Psychologue, ergothérapeute, psychomotricien.
- ✓ **Prévention** : ostéodensitométrie, contraception, sevrage tabagique, vaccins non remboursés.
- ✓ **Allocation maternité. Frais d'obsèques.**
- ✓ **Cure thermale.**

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 dès 48h d'hospitalisation.
- ✓ 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 limité 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 jusqu'au 31 décembre de l'année en cours 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 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.

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 3**



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 3** 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, allocation pour frais divers, 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, modéré ou faible (remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale).
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact. Chirurgie réfractive de la vision. Implants multifocaux.
- ✓ **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).
- ✓ **Bien être** : acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, pédicure-podologue, homéopathe. Psychologue, ergothérapeute, psychomotricien
- ✓ **Prévention** : ostéodensitométrie, contraception, sevrage tabagique, vaccins non remboursés.
- ✓ **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 dès 48h d'hospitalisation.
- ✓ 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 50€/jour sans limitation de durée en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique et 25€/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 150 €/an.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 1050 € par appareil et par an pour les plus de 20 ans
- ! **Cure thermale** : forfait cure limitée à 150€ par an.
- ! **Bien être** : 200 € 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 jusqu'au 31 décembre de l'année en cours 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 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.

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 4 Evo**

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 4 Evo** 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 mais aussi selon le recours ou non au réseau de soins Santéclair, 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, forfait patient urgences, 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, modéré ou faible (remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale), automédication.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive.
- ✓ **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).
- ✓ **Bien-être** : acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étiope, diététicien, pédicure-podologue, homéopathe, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, nutritionniste
- ✓ **Prévention** : contraception, sevrage tabagique, vaccins non remboursés.
- ✓ **Cure thermale**
- ✓ **Allocation maternité**

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais.
- ✓ Réseau de soins (forfaits majorés chez les opticiens, chirurgiens-dentistes, tarifs remisés chez les audioprothésistes partenaires) et téléconsultation médicale.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation y compris en ambulatoire.
- ✓ Protection Juridique Vie Privée.

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 60€/jour sans limitation de durée en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique, 30€/jour maxi 60j/an en convalescence et 25€/jour en ambulatoire.
- ! **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.
- ! **Bien être** : 220 € 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 jusqu'au 31 décembre de l'année en cours 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 obligatoirement par écrit, soit par lettre recommandée ou par recommandé électronique, ou par tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L 221-10-3 du Code de la mutualité :

- à la date d'échéance principale du contrat mutualiste, soit le 31 décembre, en nous adressant votre demande 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.