

--	--	--	--	--	--

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Généraliste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	150%	200%	250%	300%	400%
Généraliste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	130%	180%	200%	200%	200%
Spécialiste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	180%	200%	250%	300%	400%
Spécialiste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	160%	180%	200%	200%	200%
Actes techniques ⁽²⁾ adhérent OPTAM	100%	150%	200%	250%	300%	400%
Actes techniques ⁽²⁾ non adhérent OPTAM	100%	130%	180%	200%	200%	200%
Acte d'imagerie adhérent OPTAM	100%	150%	200%	250%	300%	400%
Acte d'imagerie non adhérent OPTAM	100%	130%	180%	200%	200%	200%

MÉDICAMENTS

Médicaments pris en charge à 65% par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments pris en charge à 30% par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments pris en charge à 15% par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Automédication (médicaments non pris en charge par le RO) à partir liste santéclair sur automédication ⁽³⁾	-	30€/an par bénéficiaire	50€/an par bénéficiaire	70€/an par bénéficiaire	90€/an par bénéficiaire	110€/an par bénéficiaire
Homéopathie (sur prescription médicale)	-	20€/an par bénéficiaire	30€/an par bénéficiaire	40€/an par bénéficiaire	50€/an par bénéficiaire	60€/an par bénéficiaire

MATÉRIEL MÉDICAL

Petit appareillage	100%	150%	200%	250%	300%	400%
Grand appareillage	100%	150%	200%	250%	300%	400%
Prothèses mammaires ou capillaires prises en charge par l'AMO	100%	150%	200%	250%	300%	400%

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Honoraires paramédicaux : Auxiliaires médicaux et paramédicaux y compris séances de psychologues remboursées par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
--	------	------	------	------	------	------

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES

Analyses médicales	100%	100%	100%	100%	100%	100%
--------------------	------	------	------	------	------	------

AUTRES PRESTATIONS

Transport pris en charge par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
------------------------------------	------	------	------	------	------	------

DENTAIRE ⁽⁴⁾

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ*

Soins et prothèses 100% santé	Intégralement pris en charge					
-------------------------------	------------------------------	--	--	--	--	--

SOINS DENTAIRES

Soins	100%	100%	100%	100%	100%	100%
-------	------	------	------	------	------	------

PROTHÈSES DENTAIRES À TARIFS MAÎTRISÉS OU LIBRES

Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO (sauf InlayCore)	100%	200%	300%	350%	400%	500%
Prothèses dentaires (hors implant) non prises en charge par l'AMO	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
Inlay Onlay	100%	200%	300%	350%	400%	500%
Inlay Core	100%	200%	300%	350%	400%	500%

AUTRES SOINS ET ACTES

Orthodontie prise en charge par l'AMO	100%	200%	300%	350%	400%	500%
Orthodontie non prise en charge par l'AMO	-	200 €	300 €	400 €	500 €	800 €
Implantologie	-	200€/an	400€/an	600€/an	800€/an	1000€/an
Parodontologie ⁽⁵⁾	-	250€/an	350€/an	400€/an	500€/an	600€/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 *

Monture relevant du 100% santé*	Intégralement pris en charge					
Verres 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 isiconiques	Intégralement pris en charge					

VERRES OU MONTURES À TARIFS LIBRES

Monture	60€	80€	100€	100€	100€	100€
Verres « simples »	60€ par verre	80€ par verre	100€ par verre	120€ par verre	140€ par verre	160€ par verre
Verres « complexes »	80€ par verre	100€ par verre	150€ par verre	200€ par verre	250€ par verre	300€ par verre
Verres « très complexes »	100€ par verre	150€ par verre	200€ par verre	250€ par verre	300€ par verre	350€ par verre
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Verres avec filtres	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Autres suppléments : prisme, système antiptosis, verres isiconiques	100%	100%	100%	100%	100%	100%

AUTRES PRESTATIONS

Lentilles et produits d'entretien pris en charge par l'AMO	100%	100% + 100€/an	100% + 150€/an	100% + 200€/an	100% + 250€/an	100% + 300€/an
Lentilles et produits d'entretien non pris en charge par l'AMO	-	50€	100€	150€	200€	250€
Chirurgie réfractive / œil	-	200€	400€	600€	800€	1 000€

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 *

AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES * Montant incluant le remboursement de l'AMO

Prothèses auditives prises en charge AMO <=20 ans	1400€/oreille	1 500€/oreille	1 600€/oreille	1 700€/oreille	1 700€/oreille	1 700€/oreille
Prothèses auditives prises en charge AMO >20 ans	400€/oreille	600€/oreille	850€/oreille	1000€/oreille	1150€/oreille	1300€/oreille
Consommables, piles et accessoires pris en charge par l'AMO	100%	100%	150%	200%	250%	300%
Consommables, piles et accessoires non pris en charge par l'AMO	-	50€	100€	150€	200€	250€

	1	2	3	4	5	6
HOSPITALISATION (5)						
HONORAIRES						
Honoraires Médecin si adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	150%	200%	250%	300%	400%
Honoraires Médecin non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	130%	180%	200%	200%	200%
CHAMBRE PARTICULIÈRE (6)						
Médical, chirurgical, obstétrique	30€/jour	50€/jour	70€/jour	100€/jour	120€/jour	140€/jour
Psychiatrie limitée à 30 jours/an	-	-	-	100€/jour	120€/jour	140€/jour
Ambulatoire	20€	30€	40€	50€	50€	50€
Convalescence, réadaptation fonctionnelle SSR	-	50€/jour	70€/jour	100€/jour	120€/jour	140€/jour
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER Y COMPRIS PSYCHIATRIE	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
FRAIS DE SÉJOUR	100%	100%	100%	100%	100%	100%
FORFAIT ACCOMPAGNEMENT (MOINS DE 16 ANS)	-	20 €	30 €	40 €	50 €	60 €
PARTICIPATION FORFAITAIRE PAR ACTE >120€	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
FORFAIT PATIENT URGENCES	Intégralement pris en charge					
PACK BIEN ÊTRE, MÉDECINE ALTERNATIVE ET COMPLÉMENTAIRE						
AUTRES MÉDECINES DOUCES ET THÉRAPIES MANUELLES : ostéopathe, acupuncteur, étiope, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure podologue, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien (avec diplôme d'état) - limité à 50€/séance	-	50€/an par bénéficiaire	100€/an par bénéficiaire	200€/an par bénéficiaire	300€/an par bénéficiaire	400€/an par bénéficiaire
CURES THERMALES						
CURES ACCEPTÉES PAR L'AMO : TRAITEMENT ET HONORAIRES REMBOURSÉS PAR L'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
CURES ACCEPTÉES PAR L'AMO : FRAIS D'HÉBERGEMENT REMBOURSÉS OU NON PAR L'AMO (PAR ANNÉE CIVILE)	-	100% + 50€/an	100% + 100€/an	100% + 200€/an	100% + 300€/an	100% + 400€/an
PRÉVENTION						
ACTES DE PRÉVENTION ET VACCINS REMBOURSÉS PAR L'AMO	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SEVRAGE TABAGIQUE (patch, substituts nicotiques)	-	50€/an	70€/an	90€/an	110€/an	130€/an
SPORT SUR ORDONNANCE (ALD)	-	20€/an	40€/an	60€/an	80€/an	100€/an
VACCINS NON REMBOURSÉS PAR L'AMO ET TRAITEMENT ANTIPALUDIQUE / VACCIN ANTIGRIPE	-	50€/an	70€/an	90€/an	110€/an	130€/an
CONTRACEPTION NON REMBOURSÉE PAR L'AMO (pilule, anneau vaginal, préservatif, spermicides, implants, patch)	-	50€/an	70€/an	90€/an	110€/an	130€/an
DIVERS AVANTAGES						
ALLOCATION NAISSANCE / ADOPTION / ENFANT	-	100€	200€	300€	400€	500€
SERVICE VACANCES	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
ASSISTANCE À DOMICILE (7)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SANTÉCLAIR (8) - TÉLÉCONSULTATION	OUI	OUI	OUI	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) 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) 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 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.
- (7) 25€/h - maxi 10h/an/bénéficiaire
- (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.
- 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 : LIVEO 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 LIVEO1 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 et est éligible au dispositif Madelin.



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** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière (médecine, chirurgie, obstétrique).
- ✓ **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 et faible, transport pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact prises en charge par l'AMO.
- ✓ **Frais dentaire remboursé par l'AMO** : Soins dentaires, soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), prothèses non prises en charge par l'AMO inlay onlay, inlay core, orthodontie prise en charge par l'AMO.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses auditives, orthèses, prothèses externes (mammaires, capillaires).
- ✓ **Prévention** : actes de prévention et vaccins remboursés par l'AMO.

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.
- ✓ Service Vacances

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation y compris en ambulatoire.

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 2€ 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 en hospitalisation ambulatoire ; 30€/jour en hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique.
- ! **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 de l'orthodontie non remboursée par l'AMO
- ! **Appareillage auditif prise en charge limitée à un appareil par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition.**



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 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 : LIVEO 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 LIVEO2 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 et est éligible au dispositif Madelin.



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** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière (médecine, chirurgie, obstétrique, convalescence et rééducation), forfait accompagnement enfant moins de 16 ans
- ✓ **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 et faible, transport pris en charge par l'AMO, automédication et homéopathie (forfait en €)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact prises en charge par l'AMO, lentilles non remboursées, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaire remboursé par l'AMO** : Soins dentaires, soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), prothèses non prises en charge par l'AMO inlay onlay, inlay core, orthodontie prise en charge par l'AMO, orthodontie non prise en charge, parodontologie, implantologie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses auditives, orthèses, prothèses externes (mammaires, capillaires).
- ✓ **Pack bien-être** : ostéopathie acupuncteur, étiope, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure podologue, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien (avec diplôme d'état)
- ✓ **Prévention** : actes de prévention et vaccins remboursés par l'AMO, sevrage tabagique, sport sur ordonnance, vaccins non remboursés par l'AMO, contraception non remboursée par l'AMO

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.
- ✓ Service Vacances
- ✓ Allocation naissance

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation y compris en ambulatoire.

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 2€ 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 : 30€ en hospitalisation ambulatoire ; 50€/jour en hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique, 50€/jour en SSR
- ! **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.
- ! **Appareillage auditif prise en charge limitée à un appareil par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition.**
- ! **Pack bien-être** : forfait par séance limité à 50€/séance



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 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 : LIVEO 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 **LIVEO 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 et est éligible au dispositif Madelin.



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** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière (médecine, chirurgie, obstétrique, convalescence et rééducation), forfait accompagnement enfant moins de 16 ans
- ✓ **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 et faible, transport pris en charge par l'AMO, automédication et homéopathie (forfait en €)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact prises en charge par l'AMO, lentilles non remboursées, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaire remboursé par l'AMO** : Soins dentaires, soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), prothèses non prises en charge par l'AMO inlay onlay, inlay core, orthodontie prise en charge par l'AMO, orthodontie non prise en charge, parodontologie, implantologie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses auditives, orthèses, prothèses externes (mammaires, capillaires).
- ✓ **Pack bien-être** : ostéopathe, acupuncteur, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure podologue, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien (avec diplôme d'état)
- ✓ **Prévention** : actes de prévention et vaccins remboursés par l'AMO, sevrage tabagique, sport sur ordonnance, vaccins non remboursés par l'AMO, contraception non remboursée par l'AMO

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.
- ✓ Service Vacances
- ✓ Allocation naissance

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation y compris en ambulatoire.

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 2€ 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 : 40€ en hospitalisation ambulatoire ; 70€/jour en hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique, 70€/jour en SSR
- ! **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.
- ! **Appareillage auditif prise en charge limitée à un appareil par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition.**
- ! **Pack bien-être** : forfait par séance limité à 50€/séance



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 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 : LIVEO 4



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 **LIVEO 4** 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 et est éligible au dispositif Madelin.



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** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière (médecine, chirurgie, obstétrique, convalescence et rééducation, psychiatrie), forfait accompagnement enfant moins de 16 ans
- ✓ **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 et faible, transport pris en charge par l'AMO, automédication et homéopathie (forfait en €)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact prises en charge par l'AMO, lentilles non remboursées, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaire remboursé par l'AMO** : Soins dentaires, soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), prothèses non prises en charge par l'AMO inlay onlay, inlay core, orthodontie prise en charge par l'AMO, orthodontie non prise en charge, parodontologie, implantologie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses auditives, orthèses, prothèses externes (mammaires, capillaires).
- ✓ **Pack bien-être** : ostéopathe, acupuncteur, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure podologue, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien (avec diplôme d'état)
- ✓ **Prévention** : actes de prévention et vaccins remboursés par l'AMO, sevrage tabagique, sport sur ordonnance, vaccins non remboursés par l'AMO, contraception non remboursée par l'AMO

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.
- ✓ Service Vacances
- ✓ Allocation naissance

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation y compris en ambulatoire.

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 2€ 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 : 50€ en hospitalisation ambulatoire ; 100€/jour en hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique, 100€/jour en SSR, 100€/jour en psychiatrie limitée à 30j/an
- ! **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.
- ! **Appareillage auditif prise en charge limitée à un appareil par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition.**
- ! **Pack bien-être** : forfait par séance limité à 50€/séance



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 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 : LIVEO 5



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 **LIVEO 5** 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 et est éligible au dispositif Madelin.



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** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière (médecine, chirurgie, obstétrique, convalescence et rééducation, psychiatrie), forfait accompagnement enfant moins de 16 ans
- ✓ **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 et faible, transport pris en charge par l'AMO, automédication et homéopathie (forfait en €)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact prises en charge par l'AMO, lentilles non remboursées, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaire remboursé par l'AMO** : Soins dentaires, soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), prothèses non prises en charge par l'AMO inlay onlay, inlay core, orthodontie prise en charge par l'AMO, orthodontie non prise en charge, parodontologie, implantologie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses auditives, orthèses, prothèses externes (mammaires, capillaires).
- ✓ **Pack bien-être** : ostéopathe, acupuncteur, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure podologue, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien (avec diplôme d'état)
- ✓ **Prévention** : actes de prévention et vaccins remboursés par l'AMO, sevrage tabagique, sport sur ordonnance, vaccins non remboursés par l'AMO, contraception non remboursée par l'AMO

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.
- ✓ Service Vacances
- ✓ Allocation naissance

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation y compris en ambulatoire.

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 2€ 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 : 50€ en hospitalisation ambulatoire ; 120€/jour en hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique, 120€/jour en SSR, 120€/jour en psychiatrie limitée à 30j/an
- ! **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.
- ! **Appareillage auditif prise en charge limitée à un appareil par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition.**
- ! **Pack bien-être** : forfait par séance limité à 50€/séance



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 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 : LIVEO 6



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 **LIVEO 6** 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 et est éligible au dispositif Madelin.



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** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière (médecine, chirurgie, obstétrique, convalescence et rééducation, psychiatrie), forfait accompagnement enfant moins de 16 ans
- ✓ **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 et faible, transport pris en charge par l'AMO, automédication et homéopathie (forfait en €)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact prises en charge par l'AMO, lentilles non remboursées, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaire remboursé par l'AMO** : Soins dentaires, soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), prothèses non prises en charge par l'AMO inlay onlay, inlay core, orthodontie prise en charge par l'AMO, orthodontie non prise en charge, parodontologie, implantologie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses auditives, orthèses, prothèses externes (mammaires, capillaires).
- ✓ **Pack bien-être** : ostéopathe, acupuncteur, étio-pathe, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure podologue, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien (avec diplôme d'état)
- ✓ **Prévention** : actes de prévention et vaccins remboursés par l'AMO, sevrage tabagique, sport sur ordonnance, vaccins non remboursés par l'AMO, contraception non remboursée par l'AMO

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.
- ✓ Service Vacances
- ✓ Allocation naissance

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation y compris en ambulatoire.

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 2€ 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 : 50€ en hospitalisation ambulatoire ; 140€/jour en hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique, 140€/jour en SSR, 140€/jour en psychiatrie limitée à 30j/an
- ! **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.
- ! **Appareillage auditif prise en charge limitée à un appareil par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition.**
- ! **Pack bien-être** : forfait par séance limité à 50€/séance



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 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.