



mutuelle
entraïn

Agir ensemble
Pour notre santé

Mutuelle Communale



NOTICE D'INFORMATION

**« Frais de santé à adhésion facultative -
Offre LME ASSOCIATION SANTE »
Mutuelle Communale
Garantie 1, 2 et 3**

SOMMAIRE

I – LE BENEFICE DES GARANTIES FRAIS DE SANTE.....	5
1. Quel est l’objet du Contrat souscrit par votre Association LME ASSOCIATION SANTE ?.....	5
2. Qui peut bénéficier des garanties « frais de santé » du Contrat ?.....	6
2.1 Adhérent : Conditions d’adhésion.....	6
2.2 Ayants droit : Conditions de rattachement	6
3. Quelles sont les formalités d’adhésion ?	7
3.1 Remplir le Bulletin Individuel d’Adhésion.....	7
3.2 Faculté de renonciation, en cas d’adhésion à distance.....	7
4. Puis-je changer de formule ?.....	8
5. Puis-je rattacher ultérieurement un Ayant droit ?	8
6. Que faire en cas de modification intervenant dans ma situation ?.....	8
II. PRISE D’EFFET ET FIN DES GARANTIES.....	9
1. Quand les garanties, donnant droit aux prestations, prennent-elles effet ?.....	9
1.1 Pour l’Adhérent	9
1.2 Pour les Ayants droit.....	9
2. Quand les garanties prennent-elles fin ?.....	9
2.1 Résiliation annuelle	9
2.2 Résiliation infra-annuelle.....	10
2.3 Résiliation en cas de modification.....	10
2.4 Perte des conditions d’adhésion de l’Adhérent.....	10
2.5 Perte des conditions de rattachement des Ayants droits	11
2.6 En cas de non-paiement des cotisations	11
2.7 Effets de la fin de votre adhésion.....	11
III. VOS GARANTIES ET PRESTATIONS	12
1. Garanties	12
2. Demande de remboursement : comment faire ?	13
2.1 Quels justificatifs ?	13
2.2 Comment fonctionne la Télétransmission ?.....	14
2.3 Quelle est la spécificité du tiers payant ?	14
2.4 A qui adresser les demandes de remboursement ?.....	15
MUTUELLE ENTRAIN	15
CS 61041	15
34960 MONTPELLIER CEDEX 2	15
Ou depuis votre espace assuré, sur le site www.mutuelle-entrain.fr dans la rubrique « demande de remboursement »	15
IV. COTISATIONS	16
1. Comment sont fixées vos cotisations ?	16
2. Comment évoluent vos cotisations ?.....	16

3. Comment payer les cotisations ?.....	16
V. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	17
1. Prescription	17
2. Subrogation : obligation de déclaration	17
3. Contrôle médical	18
4. Fausse déclaration	18
5. Réclamations	18
6. Médiation des litiges de la consommation	19
7. Autorité de contrôle.....	19
8. Protection des données à caractère personnel et opposition au démarchage téléphonique	20
8.1 Protection des données à caractère personnel.....	20
8.2 Opposition au démarchage téléphonique	21
9. Lutte contre le blanchiment des capitaux – Financement du terrorisme	21
Annexe 1 : Garanties « Offre LME ASSOCIATION SANTE » - Garantie 1, 2, 3.....	22
• Conformité aux critères des contrats responsables.....	22
• Description des prestations.....	24
Annexe 2 : EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS	37
GLOSSAIRE	40

Préambule

L'Association dénommée LME ASSOCIATION SANTE, a notamment pour objet d'apporter son concours à l'amélioration de la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et d'en faciliter l'accès aux populations non-couvertes, afin de renforcer l'accès aux soins des populations

A cette fin, elle a, choisi de souscrire un contrat collectif à adhésion facultative auprès de la Mutuelle Entraïn, ci-après nommée « La Mutuelle ».

Le présent document constitue la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du Code de la mutualité du contrat collectif souscrit auprès de la Mutuelle par l'association LME ASSOCIATION SANTE, ci-après nommée le « Souscripteur ».

Etablie par la Mutuelle, elle définit les garanties auxquelles vous pouvez prétendre, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et notamment les justificatifs à fournir. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

Vos droits et obligations peuvent être modifiés par avenant au Contrat souscrit par LME ASSOCIATION SANTE ou être adaptés en fonction de l'évolution de la législation relative aux contrats responsables.

En cas de modification de vos droits et obligations, une nouvelle notice d'information (ou un additif à celle-ci) vous sera remis(e).

I – LE BENEFICE DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

1. Quel est l'objet du Contrat souscrit par votre Association LME ASSOCIATION SANTE ?

Le contrat souscrit par l'Association LME ASSOCIATION SANTE a pour objet de proposer des garanties de protection sociale complémentaire portant sur le risque « santé » au bénéfice des membres du Souscripteur relevant du territoire d'exercice de La mutuelle.

Le contrat collectif de frais de santé à adhésion facultative est souscrit auprès de la Mutuelle Entrain par l'Association LME ASSOCIATION SANTE (ci-après « LME ASSOCIATION SANTE », « l'Association » ou le « Souscripteur »), au bénéfice de ses Adhérents tels que définis à l'article 3.1 des Conditions Générales.

Le Contrat a pour objet de définir les modalités et conditions selon lesquelles la Mutuelle accorde aux Adhérents une prestation complémentaire correspondant au remboursement, en complément des prestations en nature des régimes de base de sécurité sociale française, de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation exposés en cas de maladie, maternité ou accident. Ce remboursement ayant un caractère exclusivement indemnitaire, il est effectué dans la limite des frais réellement exposés et restant à la charge de l'Adhérent après extinction totale des droits découlant des régimes obligatoires et, le cas échéant, de contrats souscrits auprès d'autres organismes complémentaires. Le Contrat est soumis à la loi française et est un contrat solidaire et responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale. Il respecte donc le cahier des charges défini aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code.

Les membres du Souscripteur qui adhèrent au contrat acquièrent la qualité de « membre participant » de La Mutuelle ; leur adhésion est facultative. Ils sont également dénommés ci-après « Adhérents ».

Sont admissibles aux garanties du Contrat les Adhérents du Souscripteur qui résident fiscalement en France et sont domiciliés dans une commune en France (départements et régions d'Outre-mer inclus). Le Contrat intervient pour les soins effectués en France (départements et régions d'Outre-mer inclus). Il intervient également pour les soins effectués ou les équipements achetés à l'étranger, sous réserve qu'ils soient pris en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire français.

2. Qui peut bénéficier des garanties « frais de santé » du Contrat ?

2.1 Adhérent : Conditions d'adhésion

Peuvent exclusivement adhérer au contrat les membres de l'Association LME ASSOCIATION SANTE qui sont domiciliés dans une commune en France.

La qualité de membre de l'Association LME ASSOCIATION SANTE est une condition essentielle pour pouvoir adhérer au Contrat.

2.2 Ayants droit : Conditions de rattachement

Les personnes physiques pouvant bénéficier des prestations en qualité d'ayants droit d'un adhérent sont :

- Le Conjoint :

On entend par « Conjoint » :

- La personne unie à l'Adhérent par les liens du mariage selon les termes du Code civil, non séparé(e) de corps judiciairement.
- Le concubin de l'Adhérent (le « concubin »), le concubinage notoire étant justifié par une attestation sur l'honneur de vie commune.
- La personne liée à l'Adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.) (le « partenaire de PACS »).

- Les enfants à charge :

Sont considérés comme « enfants à charge », les enfants de l'Adhérent et ceux de son Conjoint qui :

- Sont affiliés en tant qu'ayant droit de l'Adhérent et/ou de son Conjoint au sens de la Sécurité sociale,
- Sont âgés de moins de 24 ans au 1er janvier de l'année considérée
- Sont âgés de moins de 28 ans au 1er janvier de l'année considérée et :
 - Poursuivent leurs études dans un établissement secondaire, supérieur ou professionnel.
→ L'Adhérent doit alors produire un certificat de scolarité, au début de l'année universitaire, ainsi que la photocopie de l'attestation d'assurance maladie obligatoire qui accorde les prestations à l'enfant.
 - Poursuivent une formation professionnelle en alternance (apprentissage, contrat de professionnalisation ...).
→ L'Adhérent doit alors fournir, en plus du certificat de scolarité et de la photocopie de l'attestation d'assurance maladie obligatoire, le contrat d'apprentissage ou contrat de formation en alternance ou de professionnalisation.

Les justificatifs susvisés devront être produits annuellement, dans un délai de deux mois à compter du début de l'année universitaire.

- Les ascendants :

Sont visés ici les ascendants de l'Adhérent ou de son Conjoint, vivant sous le toit de l'Adhérent et se consacrant exclusivement aux travaux du ménage ou à l'éducation des enfants à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint, cette charge étant justifiée par une attestation sur l'honneur.

3. Quelles sont les formalités d'adhésion ?

3.1 Remplir le Bulletin Individuel d'Adhésion

L'adhésion au Contrat résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion que vous devez dûment compléter en mentionnant, le cas échéant, vos Ayants droit. Le bulletin d'adhésion qui vous est remis doit également être accompagné des pièces justificatives demandées et listées en son sein.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts de La Mutuelle et des statuts de LME ASSOCIATION SANTE, et des droits et obligations définis par la présente Notice.

Lors de l'adhésion vous devez indiquer la formule correspondant au niveau de couverture que vous avez choisi de souscrire. Le choix de la formule se fait pour un an au minimum.

Les Ayants droit que vous souhaitez rattacher à votre adhésion ne peuvent être attachés qu'à la même formule que la vôtre.

Une carte mutualiste de tiers-payant vous est alors délivrée par La Mutuelle dès l'ouverture des droits et mise à jour en tant que de besoin. Elle mentionne la formule que vous avez choisie et le(s) Ayant(s) droit que vous avez rattaché(s).

Elle donne droit au système de tiers-payant à partir de la date et pendant la durée indiquée sur la carte, sous réserve que vous respectiez vos obligations notamment le paiement de vos cotisations.

3.2 Faculté de renonciation, en cas d'adhésion à distance

Lorsque votre adhésion est conclue par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance (c'est-à-dire sans la présence physique simultanée d'un conseiller de La Mutuelle et du Membre participant), vous disposez d'un délai de quatorze (14) jours calendaires pour renoncer à votre adhésion.

Ce délai commence à courir à compter de la date à laquelle l'adhésion a pris effet ou, si elle est plus tardive, de la date à laquelle vous recevez les documents et information d'adhésion.

Pour l'exercice de ce droit, vous devez adresser à La Mutuelle une lettre de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à Mutuelle Entrain, Le Massilia, 5 Boulevard Camille Flammarion, 13001 Marseille.

Pour ce faire, vous pouvez utiliser le modèle de renonciation ci-dessous :

« Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Demeurant : (adresse complète du Membre participant)

Déclare, par la présente, faire usage de la faculté qui m'est donnée par l'article L.221-18 du Code de la mutualité de renoncer à mon adhésion n° [.....] Par conséquent, je vous remercie de bien vouloir me rembourser les cotisations versées à ce titre, dans la limite des dispositions contractuelles.

4. Puis-je changer de formule ?

Vous avez la faculté de changer de formule. Lors du passage sur une formule supérieure ou inférieure, la mise en place de la nouvelle formule sera effective le 1^{er} jour du trimestre civil suivant la demande de changement. **Le changement de formule pour lequel vous optez s'applique obligatoirement à vos ayants droit qui ne peuvent bénéficier que de la formule dont vous bénéficiez. L'adhésion à la nouvelle formule est d'un an au minimum.** Elle entraîne l'édition d'une nouvelle carte mutualiste de tiers payant mise à jour.

5. Puis-je rattacher ultérieurement un Ayant droit ?

Vous avez la possibilité de rattacher un ayant droit ultérieurement. Pour cela vous devez remplir et signer un bulletin d'adhésion modificatif ou une demande de rattachement accompagné(e) de la remise des pièces justificatives nécessaires.

La garantie prend effet au bénéfice de l'Ayant droit rattaché conformément au **II. 1.2** ci-après. La date de prise d'effet du rattachement est portée sur la carte mutualiste de tiers payant.

6. Que faire en cas de modification intervenant dans ma situation ?

Vous devez aviser, sans délai, et par écrit à La Mutuelle de tout changement relatif à votre adhésion : famille, décès, séparation, changement d'adresse, de compte bancaire, de régime d'assurance maladie obligatoire, changement de statut professionnel, changement d'activité, etc.

Une nouvelle carte mutualiste de tiers payant sera, le cas échéant, établie et vous sera envoyée après enregistrement des modifications au fichier de La Mutuelle.

II. PRISE D'EFFET ET FIN DES GARANTIES

1. Quand les garanties, donnant droit aux prestations, prennent-elles effet ?

1.1 Pour l'Adhérent

L'adhésion prend effet au premier jour d'un mois civil, conformément aux modalités ci-après :

Pour les adhésions effectuées :

- Avant le 15 du mois : l'adhésion prend effet au premier jour du mois en cours, **la date donnant droit aux prestations étant le jour effectif de l'adhésion** ;
- Après le 15 du mois : l'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant. Toutefois, sur demande expresse de l'Adhérent, l'adhésion peut également prendre effet au 1^{er} jour du mois en cours, **la date donnant droit aux prestations est le jour effectif de l'adhésion**.

Par exception aux dispositions ci-dessus, l'adhésion prend effet à la date permettant l'absence d'interruption de la couverture du Membre participant, en cas d'application de la procédure visée à l'avant dernier alinéa de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité (Résiliation Infra-Annuelle).

1.2 Pour les Ayants droit

La garantie prend effet au bénéfice des Ayant droit, **sous réserve du paiement de la cotisation correspondante**, à la date du 1^{er} jour d'un mois civil, conformément aux modalités ci-après :

Pour les demandes de rattachement effectuées :

- Avant le 15 du mois : le rattachement de l'Ayant droit prend effet au premier jour du mois en cours, la date donnant droit aux prestations étant le jour effectif de l'adhésion.
- Après le 15 du mois : le rattachement de l'Ayant droit prend effet au premier jour du mois suivant. Toutefois, sur demande expresse de l'Adhérent, le rattachement de l'Ayant droit peut également prendre effet au 1^{er} jour du mois en cours, la date donnant droit aux prestations est le jour effectif de l'adhésion.

2. Quand les garanties prennent-elles fin ?

2.1 Résiliation annuelle

a. Adhérents

Vous pouvez résilier votre adhésion, à effet au 31 décembre de l'année en cours, en adressant à la Mutuelle, au plus tard le 31 octobre de l'année, une notification de résiliation transmise selon l'un des moyens ci-dessous, conformément aux dispositions des articles L.221-10 et L.221-10-3 du Code de la mutualité :

- Par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique,
- Par lettre ou tout autre support durable, ;
- Par déclaration faite au siège social de La Mutuelle,
- Par acte extrajudiciaire,
- Si l'adhésion a été effectuée par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

b. Ayants droit

Vous pouvez, de la même manière, résilier le rattachement de l'un de vos Ayants droit à effet du 31 décembre de chaque année, en adressant sa demande au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

2.2 Résiliation infra-annuelle

Vous pouvez résilier votre l'adhésion après expiration d'un délai d'un an à compter de sa prise d'effet, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après que La Mutuelle en a reçu notification. Dans ce cas, vous n'êtes redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La Mutuelle est tenue de vous rembourser le solde dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes qui vous sont dues produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où vous souhaitez résilier votre adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, ce dernier effectue, pour votre compte, les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité. Ce nouvel organisme et La Mutuelle s'assurent de l'absence d'interruption de votre couverture.

Vous pouvez effectuer la notification de la résiliation par tout moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, à savoir :

- Par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique,
- Par lettre ou tout autre support durable ;
- Par déclaration faite au siège social de La Mutuelle,
- Par acte extrajudiciaire,
- Si l'adhésion a été effectuée par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

2.3 Résiliation en cas de modification

En cas de modification de vos droits et obligations, vous pouvez résilier votre adhésion **dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information** conformément à l'article L. 221-6 du Code de La Mutualité.

Vous pouvez également résilier votre adhésion en cours d'année :

- Lorsque vous venez à bénéficier de la Complémentaire Santé Solidaire prévue à l'article L.861-1 du code de la Sécurité sociale et précisée par ses textes d'application.
- Lorsque vous cessez définitivement votre activité professionnelle ou prenez votre retraite.

Dans l'ensemble de ces cas, votre adhésion prend fin le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par La Mutuelle de la notification de résiliation.

2.4 Perte des conditions d'adhésion de l'Adhérent

Votre adhésion prend fin lorsque vous ne remplissez plus les conditions visées au I. 2.1 de la présente notice. Notamment la garantie cesse de vous être accordée et d'être accordée à vos éventuels ayants-droits, à l'expiration du mois au cours duquel prend fin votre adhésion à l'association LME ASSOCIATION SANTE. Elle cesse également de vous être accordée lorsque vous cessez d'être couvert par un régime d'assurance maladie français.

2.5 Perte des conditions de rattachement des Ayants droits

La couverture de l'/des Ayant(s) droit rattaché(s) à votre adhésion cesse au dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire de la garantie ne répond plus à la définition d'Ayant droit visée au I. 2.2 de la présente notice. Elle cesse également d'être accordée lorsque l'/les Ayant(s) droit cesse(nt) d'être couvert(s) par un régime d'assurance maladie français.

2.6 En cas de non-paiement des cotisations

Les garanties prennent également fin en cas de non-paiement des cotisations y afférentes, dans les conditions prévues au IV de la présente notice d'information.

2.7 Effets de la fin de votre adhésion

La fin de votre adhésion entraîne la perte de la garantie pour vous et vos éventuels ayants droit à compter de cette date.

III. VOS GARANTIES ET PRESTATIONS

1. Garanties

1.1 Objet de la garantie complémentaire santé

Les garanties « complémentaire santé » prévues au Contrat ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de vous garantir, en qualité de Membre participant, et le cas échéant de garantir à vos ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les régimes obligatoires au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les conditions et limites fixées dans le Contrat.

1.2 Prestations garanties

Les prestations garanties sont détaillées dans le tableau de prestations figurant en **Annexe 1** de la présente notice d'information.

L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par La Mutuelle, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant, et pour chaque garantie mentionnée à l'Annexe 1, ce dans les conditions et limites prévues.

1.3 Base de remboursement

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- Soit sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Soit sur des bases forfaitaires.

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont indiquées en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la rédaction de la présente notice d'information.

Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné 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).

Lorsque les prestations sont forfaitaires, La Mutuelle rembourse le montant indiqué.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

En cas de soins effectués à l'étranger, la Mutuelle ne rembourse que dans les cas où l'Assurance Maladie Obligatoire française intervient et uniquement sur la base de remboursement de cette dernière.

1.4 Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant, et pour chaque garantie mentionnée à l'Annexe 1, ce dans les conditions et limites prévues à la présente notice.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins ou de facturation se situent avant la date d'effet de l'adhésion au Contrat, ne peuvent donner lieu à prise en charge par La Mutuelle.

1.5 Prestations indues

Vous vous obligez à rembourser à La Mutuelle les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. Vous devez effectuer vous-même le remboursement dans les meilleurs délais.

A votre demande expresse, formulée par écrit et en accord avec La Mutuelle, une retenue peut être opérée à concurrence des sommes dues sur les prestations ultérieures versées par La Mutuelle.

En tout état de cause, La Mutuelle sera fondée à poursuivre par toutes voies de droit, le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée.

1.6 Limite des remboursements – principe indemnitaire

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou à la charge de vos ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels vous ou vos ayants droit avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

2. Demande de remboursement : comment faire ?

2.1 Quels justificatifs ?

La Mutuelle procède aux remboursements des prestations :

- Au vu des décomptes de la Sécurité sociale ;
- Au moyen de télétransmissions établies avec les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Sur présentation de pièces justificatives des dépenses réelles, notamment l'original de la facture nominative portant la mention « acquittée » avec le cachet et la signature du professionnel de santé, la prescription médicale ;
- Et au vu de toutes pièces que La Mutuelle estimera nécessaires.

Plus précisément :

- Pour la prise en charge des prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dans le cas où elles sont prévues à la garantie :
 - Toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé ;
 - Notification du refus opposé par le Régime Obligatoire si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué, factures nominative.
- Pour le service des prestations forfaitaires dans le cas où elles sont prévues à la garantie : justification de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnité.

Les prestations garanties sont versées soit aux professionnels de santé en cas de délégation de paiement (tiers payant), soit à vous directement ou, le cas échéant, à vos ayants droit assurés.

Dans ces derniers cas, les remboursements sont effectués en euros, par virement sur votre compte bancaire ou celui de votre ayant droit concerné, que vous aurez indiqué(s) à la Mutuelle. Votre compte bancaire, tout comme ceux de vos ayants droit le cas échéant, devront être domiciliés en France ou dans un pays faisant partie de la zone SEPA.

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire) est celle portée sur le document émis par l'assurance maladie obligatoire intervenant pour sa part.

Dans le cas de prestations versées hors intervention de l'assurance maladie obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture, à défaut la date de facturation.

Les documents justificatifs doivent être adressés à la Mutuelle dans un délai maximum de deux (2) ans, courant à partir de la date d'émission du décompte ou de la facture. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement.

2.2 Comment fonctionne la Télétransmission ?

Sauf refus de votre part, les remboursements de la Mutuelle sont effectués au vu des informations transmises par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques NOEMIE.

Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, en cas de contrôle, vous devez, sur simple demande de la Mutuelle, lui présenter les originaux des décomptes du régime obligatoire ou des factures correspondant aux remboursements perçus au cours des six (6) derniers mois.

À défaut d'application du procédé NOEMIE, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'assurance maladie obligatoire.

2.3 Quelle est la spécificité du tiers payant ?

Les prestations garanties par la Mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels ou aux établissements de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant.

Dans ce cadre, dans le mois suivant l'adhésion, vous recevrez une carte mutualiste de tiers payant attestant de votre adhésion à la Mutuelle. Cette carte est également valable pour vos ayants droit rattachés. La carte mutualiste est délivrée annuellement et renouvelée automatiquement.

Le tiers payant est effectué conformément aux obligations liées au caractère responsable du Contrat, mais également pour les prestations suivantes :

- Radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste remise par la Mutuelle à ses Adhérents,
- Hospitalisation, dentaire et optique sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste.

L'usage frauduleux s'entend de l'utilisation par l'Adhérent de la carte mutualiste alors qu'il n'est plus bénéficiaire des garanties, ou de toute autre personne agissant en connaissance de cause, dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la Mutuelle.

En tout état de cause, en cas de modification ou de cessation des garanties, vous devez cesser d'utiliser la carte mutualiste et la renvoyer à La Mutuelle.

2.4 A qui adresser les demandes de remboursement ?

Les demandes de remboursement doivent être adressées à :

MUTUELLE ENTRAIN

CS 61041

34960 MONTPELLIER CEDEX 2

Ou depuis votre espace assuré, sur le site www.mutuelle-entraïn.fr dans la rubrique « demande de remboursement ».

IV. COTISATIONS

1. Comment sont fixées vos cotisations ?

Les cotisations dues au titre de votre adhésion sont établies par année civile. La cotisation correspondant à une adhésion en cours d'année civile est calculée au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'au 31 décembre.

Vous êtes redevable des cotisations pour l'ensemble de vos Ayants droit dont vous avez demandé l'inscription, leurs cotisations s'ajoutant à la vôtre.

2. Comment évoluent vos cotisations ?

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par La Mutuelle, afin de prendre en compte l'équilibre technique du Contrat, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le Contrat pourrait être assujéti et dont la récupération n'est pas interdite, sont à votre charge et payables en même temps que les cotisations.

3. Comment payer les cotisations ?

La cotisation est annuelle en fonction de la garantie choisie et payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou, pour les nouveaux Adhérents, à partir de la date d'adhésion (et pour les nouveaux ayants droit inscrits, à partir de leur rattachement en qualité d'Ayants droit de l'Adhérent).

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire, par virement ou sur accord préalable de La Mutuelle, par chèque. Son paiement peut être fractionné par mois, par trimestre ou par semestre.

En cas de décès de l'Adhérent ou d'un Ayant droit, si la cotisation du bénéficiaire décédé a été payée d'avance, l'Adhérent ou les Ayants droit peuvent prétendre au remboursement des cotisations.

4. Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement des cotisations ?

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité, il peut être mis fin à votre garantie (et celle de vos ayants droit le cas échéant) si vous n'acquitez pas votre cotisation dans les dix (10) jours de l'échéance.

L'exclusion ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de cette mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de sa cotisation est susceptible d'entraîner votre exclusion des garanties définies au Contrat. L'exclusion desdites garanties ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement de prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

V. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant de l'adhésion au Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où La Mutuelle en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Membre participant ou de l'ayant droit contre La Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, telles définies par les articles 2240 et suivants du Code civil, et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par La Mutuelle au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre participant ou l'ayant droit à La Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait, conformément aux dispositions de l'article 2240 du Code civil ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure, telle que prévue aux articles 2241 à 2243 du Code civil. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée, tels que visés aux articles 2244 à 2246 du Code civil.

2. Subrogation : obligation de déclaration

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L.224-8 du Code de la mutualité, La Mutuelle est subrogée, jusqu'à concurrence desdites prestations, dans vos droits et actions ou ceux de vos ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par La Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à La Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, vous vous engagez, ainsi que vos ayants droit, à déclarer à La Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont vous êtes/ils sont victimes.

3. Contrôle médical

Les différends d'ordre médical auxquels peut donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par La Mutuelle. En cas d'expertise médicale, vous-même ou vos ayants droit pourra se faire assister d'un médecin de votre choix, à vos frais.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire et le médecin de La Mutuelle, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal civil du domicile du bénéficiaire. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le bénéficiaire et pour La Mutuelle qui supporteront chacun par moitié les frais de sa nomination.

4. Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par La Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour La Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à La Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

5. Réclamations

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement du Souscripteur ou du Membre participant et/ou un désaccord envers La Mutuelle, qu'il soit fondé ou non. Il est précisé qu'une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation et que ces demandes doivent être adressées à votre conseiller habituel.

Vous pouvez adresser une réclamation en adressant un courrier au service en charge des réclamations de La Mutuelle, à l'adresse suivante :

Mutuelle Entrain – Pôle Réclamations – CS 61 041 – 34960 MONTPELLIER CEDEX 2

Ou en envoyant un email à l'adresse suivante : **pole.reclamation@mutuelle-entrain.fr**

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception, sauf si la réponse à la réclamation vous est adressée dans ce délai.

Une réponse sera fournie au plus tard dans les deux mois suivants la date de réception de la réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont La Mutuelle vous tiendrait informé(e).

6. Médiation des litiges de la consommation

En cas de désaccord ou de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du Contrat, et après épuisement de la procédure de traitement des réclamations prévue au **V. 5.** ci-dessus, vous pouvez, sous réserve des précisions ci-après, saisir le médiateur de la Mutualité Française.

Ce dispositif de médiation vous est ouvert pour tous litiges portant sur l'exécution du Contrat, dès lors que :

- Vous avez tenté, au préalable, de résoudre votre litige directement auprès de La Mutuelle, dans le cadre d'une réclamation conformément aux conditions du **V. 5.** ci-avant et sans que cette réclamation soit datée de plus d'un an au moment du dépôt de la demande de médiation ;
- Votre litige ne fait, ni l'objet d'une instance judiciaire, ni l'objet d'un examen par un autre médiateur ou arbitre ;
- Votre dossier présente une demande légitime, décrite avec précision.

A défaut, le dossier de médiation ne remplira pas les conditions de recevabilité du médiateur.

Le dossier, constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à adresser :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15

- Soit par saisine en ligne, en procédant directement à la saisie sur le site de la FNMF - page accessible au moyen du lien suivant : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

Le recours à la médiation est gratuit.

7. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de La Mutuelle est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4 place de Budapest
75436 PARIS Cedex 09

8. Protection des données à caractère personnel et opposition au démarchage téléphonique

8.1 Protection des données à caractère personnel

Les informations sont recueillies par La Mutuelle en qualité de responsable de traitement dans la limite stricte de ses besoins aux fins de suivi de votre dossier adhérent pour l'exécution des prestations contractées, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de La Mutuelle telle que réglementée par les dispositions statutaires de cette dernière. La Mutuelle traite également vos données aux fins de réaliser des enquêtes sur votre satisfaction et d'élaborer des statistiques relevant de son intérêt légitime. Enfin, en tant que Mutuelle de Livre II, La Mutuelle est également tenue d'utiliser les informations vous concernant aux fins de se conformer au dispositif légal de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme. Aussi, les traitements de données mis en œuvre sont fondés sur l'exécution de votre contrat, sur l'intérêt légitime de La Mutuelle ainsi que sur ses obligations légales. Le traitement de données peut aussi avoir pour finalité la prospection commerciale, fondée sur le consentement de la personne concernée.

Les données collectées ont un caractère obligatoire et toute donnée manquante ou champs non complétés ne permettront pas à La Mutuelle de traiter votre bulletin d'adhésion. En cas de fausses déclarations ou d'omission, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit ou la réduction des indemnités versées. Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre e-mail si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Elles seront conservées pendant la durée nécessaire à la réalisation des finalités, en conformité avec les textes applicables. Ainsi, vos données sont conservées pour une durée de trois ans à compter du dernier contact ou du terme de votre contrat mutualiste. Au terme de ce délai de trois ans, nous sommes susceptibles de reprendre contact avec vous afin de savoir si vous souhaitez continuer à recevoir des sollicitations commerciales. En l'absence de réponse positive et explicite de votre part, les données vous concernant seront supprimées. Les données à caractère personnel permettant d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat sont quant à elles archivées conformément aux dispositions et délais de prescription en vigueur.

Les informations sont destinées aux services de la Mutuelle, aux services de ses sous-traitants et partenaires, ainsi qu'aux organismes sociaux et tiers habilités dans le cadre des textes applicables et dans la stricte limite de leurs besoins. Les données de contact sont également transférées au partenaire chargé de la diffusion du magazine Viva aux fins de mise en œuvre de l'abonnement offert sous réserve d'opposition expresse.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité (lorsqu'il s'applique) des données personnelles vous concernant, d'un droit de limitation et d'opposition à leur traitement, ainsi que du droit de retirer votre consentement (le cas échéant).

Vous disposez également du droit de définir des directives générales ou particulières relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès ainsi qu'au droit d'accès des tiers désignés pour l'établissement d'un préjudice que vous auriez subi de votre vivant et dont vous souhaiteriez obtenir réparation postérieurement à votre décès auprès des juridictions compétentes. Seules les directives

particulières relatives aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre par La Mutuelle seront enregistrées par celle-ci. Pour exercer ces droits, veuillez-vous adresser au service DPD de La Mutuelle à l'adresse dpd@mutuelle-entrain.fr. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

8.2 Opposition au démarchage téléphonique

Vous pouvez, en vertu des dispositions des articles L. 223-1 et suivants du code de la consommation, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

Vous pouvez, en outre, vous opposer à tout démarchage commercial de la part de La Mutuelle en adressant un courrier à cet effet au siège de La Mutuelle.

9. Lutte contre le blanchiment des capitaux – Financement du terrorisme

La Mutuelle se réserve le droit de vous demander toutes informations et/ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, telles que résultant des dispositions des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par les textes réglementaires d'application.

Annexe 1 : Garanties « Offre LME ASSOCIATION SANTE » - Garantie 1, 2, 3

- **Conformité aux critères des contrats responsables**

- **Principes**

Les garanties proposées par le Contrat répondent aux conditions des articles L.911-7 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale (ci-après CSS) ; elles sont solidaires conformément à l'article L.862-4 dudit Code et responsables au sens du nouveau cahier des charges posé par les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du même Code.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Puis, le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 18 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme dite du « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions ont pris effet, respectivement :

- à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

- **Caractéristiques des contrats responsables**

A la date d'impression de la présente notice d'information, une couverture complémentaire santé doit, pour être responsable, prévoir ce qui suit :

Des prises en charge obligatoires en soins de ville et d'hospitalisation :

- La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés définie à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale (= 100% du Ticket modérateur) pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de l'article précité ;
- La prise en charge de l'intégralité du **forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale (tarif journalier hospitalier)**, sans limitation de durée.

L'encadrement de certaines prestations si elles sont prévues par le contrat :

Les dépassements tarifaires des médecins **n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)** prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge **dans la double limite** de 100 % du tarif de responsabilité **et** du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

Les DPTM sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

Des prises en charge en dentaire, optique et des aides auditives :

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100% santé ».

Le dispositif 100 % santé a pour objectif de proposer un ensemble de prestations d'optique, d'aide auditive et de prothèses dentaires, définis réglementairement (actes des paniers « 100% santé ») et remboursées intégralement par l'assurance maladie obligatoire et les organismes de complémentaires santé, donc sans frais restant à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les honoraires limites de facturation ou les prix limites de vente.

Remboursement Optique médicale : Le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :

- **Equipements de classe A (« 100% Santé »)** tels que définis dans la Liste des Produits et Prestations prévue par l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale (« Liste LPP ») : prise en charge après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (« PLV »). Sont en outre pris en charge, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste LPP.
- **Equipements de classe B (« à tarifs libres »)** : si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale. Le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros (remboursement de l'assurance maladie obligatoire inclus).

La prise en charge d'un équipement (deux verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste LPP mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de sécurité sociale (notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue).

Dispositifs médicaux d'aides auditives : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- **Equipements de Classe I (« 100% Santé »)** tels que définis dans la Liste LPP : prise en charge après intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels, dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV).
- **Equipements de Classe II (« à tarifs libres »)** : prise en charge par le contrat responsable à hauteur du ticket modérateur. Si le Contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.
- Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de quatre (4) ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Frais de soins dentaires prothétiques : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :

- **Actes appartenant au dispositif « 100% Santé »**, avec Honoraires Limites de Facturation : prise en charge, après intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés, dans la limite des Honoraires Limites de Facturation.
- Actes appartenant au panier de soins à « **reste à charge maîtrisé** », avec honoraires limites de facturation : prise en charge par le contrat responsable à hauteur du ticket modérateur.
- Actes appartenant au panier de soins « **à tarifs libres** », sans honoraires limites de facturation : prise en charge par le contrat responsable à hauteur du ticket modérateur.

Des exclusions de prise en charge :

Ne sont pas pris en charge au titre du caractère « responsable » du Contrat :

- **La participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux telle que mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, telles mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ;**
- **La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes effectués hors parcours de soins (majoration de participation des Adhérents et de leurs Ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ;**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes et consultations pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins, tel que visé au 18° de l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale,**
- **Et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 CSS et par ses textes d'application.**

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration de la présente notice d'information s'appliqueront immédiatement afin de conserver au Contrat son caractère responsable.

La possibilité de bénéficier du tiers payant :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de cette garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, La Mutuelle applique également le bénéfice du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet des garanties relatives aux équipements et soins appartenant au dispositif « 100% Santé ».

- **Description des prestations**

Description des prestations

SOINS COURANTS (Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux).

1°. **Honoraires médicaux - médecin généraliste et spécialiste (toutes disciplines) :** TM et dépassement d'honoraires par acte dont le montant est défini selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraires est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO).

2°. **Actes techniques médicaux effectués par des médecins - ophtalmologue, cardiologue, gastro-entérologue, chirurgie ambulatoire, dentiste, etc. :**

- TM et dépassement d'honoraires, ces derniers (**hors radiologie**) sont pris en charge sur la base d'un montant exprimé en % sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraires est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO).

- Prise en charge à 100% de la participation forfaitaire de 24€ relative aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.

3°. Echographie :

TM et dépassement d'honoraires, ces derniers sont pris en charge sur la base d'un montant exprimé en % sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraires est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO).

4°. Médicaments :

TM des médicaments et produits pharmaceutiques remboursés par l'AMO, pris en charge sur la base d'un montant exprimé en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) selon la garantie choisie.

Médicaments homéopathiques sur prescription médicale : le cas échéant, forfait annuel en euros par famille dont le montant est défini selon la garantie choisie.

5°. Matériel médical :

Petit appareillage : TM pris en charge et garantie exprimée en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) auquel s'y rajoute un forfait annuel en euros dont le montant est défini selon la garantie choisie.

Grand appareillage : TM pris en charge et garantie exprimée en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) auquel s'y rajoute un forfait annuel en euros dont le montant est défini selon la garantie choisie.

Accompagnement post opératoire et traitement des effets secondaires des maladies graves et redoutées: prothèse/implant mammaire, capillaire : TM pris en charge et garantie exprimée en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) dont le montant est défini selon la garantie choisie.

6°. Honoraires paramédicaux :

TM pris en charge et garantie exprimée en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) dont le montant est défini selon la garantie choisie.

7°. Analyse et examens de laboratoire :

TM pris en charge et garantie exprimée en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) dont le montant est défini selon la garantie choisie.

DENTAIRE

a) **Soins et prothèses dentaires « 100 % santé »** : prise en charge intégralement dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

b) **Soins dentaires** : prise en charge du ticket modérateur des soins, exprimés dans le tableau des prestations en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale.

c) **Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou libres** : a minima prise en charge du ticket modérateur.

Les prothèses dentaires relevant des tarifs maîtrisés sont remboursées dans la double limite du niveau de garantie exprimé au sein du tableau de garanties et **des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie**.

Les prothèses dentaires relevant des tarifs libres permettent aux membres de choisir librement les techniques les plus innovantes ou de répondre à des exigences esthétiques particulières et ce, sans plafonnement de tarif.

Au-delà du ticket modérateur et dans les limites ci-dessus, sont pris en charge les actes prothétiques suivants, exprimés dans le tableau des prestations en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale, sauf indication contraire :

- **Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO** (sauf inlay core) : prise en charge selon la garantie choisie.
- **Prothèses dentaires (hors implant) non prises en charge par l'AMO** : forfait annuel en euros selon la garantie choisie.
- **Inlay core** : prise en charge selon la garantie choisie.

d) **Autres soins et actes** : prise en charge du ticket modérateur des soins et actes suivants, exprimés dans le tableau des prestations en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale, sauf indication contraire :

Orthodontie prise en charge par l'AMO (frais ou traitements d'orthodontie commencés avant le 16^{ème} anniversaire) : prise en charge selon la garantie choisie.

Orthodontie non prise en charge par l'AMO (adulte) : le cas échéant, forfait annuel en euros selon la garantie choisie.

Parodontologie (Prise en charge et non prise en charge par l'AMO) : prise en charge du ticket modérateur si remboursement par l'AMO et forfait annuel en euros selon la garantie choisie.

Implantologie (Prise en charge et non prise en charge par l'AMO) : prise en charge du ticket modérateur si remboursement par l'AMO et le cas échéant, forfait annuel en euros selon la garantie choisie.

OPTIQUE

- **Equipement optique**

A. Prise en charge de l'équipement optique (une monture et deux verres) :

L'équipement optique doit permettre de corriger des défauts de réfraction, de compenser, d'améliorer ou de traiter un autre état pathologique de l'œil. Les équipements optiques sont ainsi pris en charge seulement dans les cas d'astigmatisme, d'hypermétropie, de myopie, de presbytie et d'amblyopie, et pour certains cas particuliers définis règlementairement.

B. Périodicité de renouvellement de l'équipement optique :

Les différents délais ci-dessous s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné / date de dernière facturation pour l'application du délai. Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Renouvellement de droit commun dans les conditions précisées à la « Liste des produits et prestations » (LPP) prévue par l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale :

Adultes et enfants de 16 ans et plus : le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible **au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.**

Enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans : le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible **au terme d'une période minimale d'un an après la dernière prise en charge d'un équipement.**

Enfants jusqu'à 6 ans : le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible **au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement**, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées à la Liste des produits et prestations » (LPP) prévue par l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale :

Enfants de moins de 16 ans : L'évolution de la vue doit être justifiée par une nouvelle prescription médicale établie par un ophtalmologue. Le renouvellement de la prise en charge est possible sans délai exclusivement pour l'acquisition des verres.

Adultes et enfants de 16 ans et plus : Une nouvelle prescription médicale doit être présentée à l'opticien, afin de lui permettre la comparaison avec l'ancienne prescription. L'évolution de la vue peut être aussi constatée au moment où l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors du renouvellement de délivrance. Le renouvellement de la prise en charge est dès lors possible après 1 année pour l'acquisition d'un équipement complet (2 verres + montures).

Renouvellement anticipé liée à des situations médicales particulières dans les conditions précisées à la Liste des produits et prestations » (LPP) prévue par l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale:

Le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale des verres exclusivement est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à une situation médicale particulière précisée à la LPP telles que certaines pathologies de type glaucome, DMLA, cataracte évolutive à composante réfractive....

La constatation de l'évolution de la réfraction se fait sur la base de la présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Cette prescription doit faire mention de l'existence d'une situation médicale particulière.

Dans ce cas, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable.

Périodicité dérogatoire/Prise en charge de deux équipements :

Elle est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

Dans ce cas, les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. Pour ces patients, la délivrance d'un équipement avec des verres progressifs ou multifocaux en remplacement de deux équipements (pour la vision de près, pour la vision de loin) est permise lorsque la période devant s'écouler pour un renouvellement en application des conditions mentionnées ci-dessus est échue pour chacun des deux équipements.

C. Les verres :

Le remboursement des verres par la Mutuelle s'effectue selon le référencement suivant : verres simples, complexes, très complexes.

Verres simples : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro- cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Verres complexes : verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro- cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère+cylindre » est supérieure à

6,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et +4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro- cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est inférieure ou égale à +8,00 dioptries.

Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est supérieure à 8,00 dioptries.

D. Choix de l'équipement optique :

Les membres de la Mutuelle peuvent choisir entre une gamme « 100% santé », composée d'un équipement optique (monture et verres) intégralement remboursables, ou bien choisir un équipement à « tarif libre », dont le remboursement dépendra de la garantie choisie.

Les membres de la Mutuelle ont la possibilité de panacher l'offre, c'est-à-dire de choisir des verres issus du panier « 100% santé » et une monture à « tarif libre », et inversement.

Deux classes de verres et deux classes de montures sont ainsi définies : Classe A (pour les verres et pour les montures) dite « 100 % santé ».

Classe B (pour les verres et pour les montures) dite « verres ou montures à tarifs libres ».

Classe A/Equipement 100 % santé (tel que défini règlementairement) :

Les verres et les montures relevant de la classe A sont intégralement pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) définis par les pouvoirs publics.

La prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, sont intégralement pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) définis par les pouvoirs publics.

La prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien, après réalisation de l'examen de réfraction, est prise en charge par la Mutuelle à hauteur du ticket modérateur.

Les autres suppléments optique (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) sont pris en charge par la Mutuelle à hauteur du ticket modérateur.

Classe B / verres ou montures à tarifs libres :

Les verres et les montures relevant de la classe B sont pris en charge par la Mutuelle à hauteur du ticket modérateur auquel s'y rajoute éventuellement un forfait en euros selon la garantie choisie et selon la distinction « Adulte » ou « enfant de moins de 16 ans ».

Tous les montants indiqués dans le tableau des prestations incluent le remboursement du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

La prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents n'est pas prise en charge par la mutuelle. Il en est de même pour les équipements « mixtes » (composés de verres ou montures autres que 100 % santé). Le supplément applicable pour les verres avec filtre est pris en charge par la Mutuelle à hauteur du ticket modérateur lorsqu'il existe une base de remboursement.

La prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien, après réalisation de l'examen de réfraction, est prise en charge par la Mutuelle à hauteur du ticket modérateur, lorsqu'il existe une base de remboursement.

Les autres suppléments optique (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) sont pris en charge par la Mutuelle à hauteur du ticket modérateur.

- **Lentilles et produits d'entretien remboursées par l'AMO** : Ticket Modérateur et un forfait par année civile en euros selon la garantie choisie.
- **Lentilles et produits d'entretien non remboursées par l'AMO** : Le cas échéant, forfait par année civile en euros selon la garantie choisie.
- **Chirurgie réfractive non prise en charge par l'AMO** (myopie, presbytie, hypermétropie, astigmatisme) : Le cas échéant, forfait par année civile en euros par œil dont le montant est défini selon la garantie choisie.

AIDES AUDITIVES

Les aides auditives remboursables peuvent être de différents types : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire.

Les aides auditives peuvent relever de deux classes (classe I et classe II). Cette classification dépend du nombre d'options de l'appareil. Les aides auditives devront être référencées auprès des ministères en charge de la santé et de la sécurité sociale par leur fabricant pour faire l'objet d'une prise en charge et ainsi être remboursées par la mutuelle.

Quelle que soit la classe d'appartenance, la prise en charge par la mutuelle est limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant l'acquisition de l'appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces dispositions tiennent compte des quatre années antérieures. L'appréciation de cette période se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'AMO.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Les bases de remboursement des aides auditives sont différentes selon l'âge du membre : Inférieures ou égales à 20 ans et supérieures à 20 ans.

Les aides auditives sont ainsi répertoriées en deux classes, permettant aux membres de choisir librement les équipements de leur choix, qu'ils soient totalement ou partiellement remboursés :

Aides auditives de Classe I dites « 100 % santé » :

Les aides auditives relevant de cette classe sont intégralement prises en charge (ticket modérateur inclus) à hauteur des frais exposés par le membre en plus des tarifs de responsabilité, dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) fixés par la LPP (Liste des Produits et Prestations) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par l'AMO, sont remboursés par la Mutuelle à hauteur du ticket modérateur, auquel s'y ajoute éventuellement un forfait en euros selon la garantie choisie.

Les piles ou accessoires (kit nettoyage exclusivement), non pris en charge par l'AMO, sont remboursés par la Mutuelle à hauteur d'un forfait en euros si la garantie choisie le prévoit.

Aides auditives de Classe II dites « à tarifs libres » :

Elle est composée des aides auditives n'appartenant pas au panier 100% Santé et dont les tarifs sont librement définis par l'audioprothésiste :

Ces aides auditives sont prises en charge par la mutuelle en fonction des garanties choisies par les membres. Le remboursement de la Mutuelle est exprimé en euros, incluant le ticket modérateur et la prise en charge de l'Assurance Maladie obligatoire.

Les consommables, piles ou accessoires pris en charge par l'AMO, sont remboursés par la Mutuelle à hauteur du ticket modérateur, auquel s'y ajoute éventuellement un forfait en euros selon la garantie choisie.

Les piles ou accessoires (kit nettoyage exclusivement), non pris en charge par l'AMO, sont remboursés par la Mutuelle à hauteur d'un forfait en euros si la garantie choisie le prévoit.

PREVENTION

- 1°. Participation à un abonnement annuel sportif ou culturel : forfait annuel en euros selon la formule de garantie choisie.
- 2°. Sevrage tabagique : forfait annuel en euros selon la formule de garantie choisie sur prescription médicale.
- 3°. Vaccins non remboursés/vaccin antigrippal et traitement contre le paludisme non pris en charge par l'AMO : forfait global annuel en euros selon la garantie choisie sur prescription médicale.
- 4°. Actes de prévention remboursables : au titre du Contrat responsable et solidaire, la Mutuelle prend en charge le ticket modérateur (TM) de tous ces actes.

MEDECINES ALTERNATIVES

En fonction de la garantie souscrite et dans les conditions définies aux tableaux de garanties, la Mutuelle prend en charge dans le cadre d'un forfait annuel les actes ou prestations suivants :

Médecines alternatives non remboursées par l'assurance maladie obligatoire : psychologue, acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien.

Ces professionnels devront être titulaires d'un diplôme d'Etat de la spécialité ou d'un diplôme professionnel d'exercice de leur profession et exercer leur activité dans des conditions régulières.

CURE THERMALE ACCEPTEE (sauf thalassothérapie)

La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur (TM) pour les frais de surveillance médicale, pour les frais d'hébergement et pour le forfait thermal. La garantie est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), auquel s'y ajoute un forfait annuel en euros si la garantie choisie le prévoit.

HOSPITALISATION

1°. Hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique :

- Ticket modérateur (TM) : prise en charge en intégralité sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement.
- Forfait journalier hospitalier : prise en charge sans limitation de durée dans les établissements de santé et **aucune prise en charge dans les établissements médico-sociaux (maison d'accueil spécialisée (MAS) et établissement d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD))**.
- Dépassement d'honoraire (hors radiologie) : prise en charge sur la base d'un montant exprimé en % sur la BRSS selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraire est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO).
- Participation forfaitaire de 24€ relative aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 : prise en charge en intégralité.
- Forfait Patient Urgences : pris en charge en intégralité.

- Chambre particulière (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) : prise en charge dans les conditions de la garantie choisie ;
- Chambre particulière en ambulatoire (hospitalisation sans nuitée) : prise en charge dans les conditions de la garantie choisie ;
- Frais d'accompagnant (repas et couchages facturés par l'hôpital ou par la maison d'accueil si le patient à moins de 16 ans) : la participation de la Mutuelle est définie selon la garantie choisie, sous réserve que la personne hospitalisée soit membre de la Mutuelle ;
- Transports sanitaires : prise en charge du ticket modérateur pour les frais de transport en ambulance, en véhicule sanitaire léger (VSL) ou en taxi, sous réserve d'une prescription médicale et d'une prise en charge de l'AMO.

2°. Hospitalisation en psychiatrie :

- Ticket modérateur (TM) : prise en charge en intégralité sur les frais d'hospitalisation.
- Forfait journalier hospitalier : prise en charge sans limitation de durée.

MAISON DE REPOS, DE CONVALESCENCE, DE READAPTATION FONCTIONNELLE OU DIETETIQUE

- Forfait journalier : prise en charge en intégralité.
- Chambre particulière : prise en charge limitée en montant et en nombre de jours selon la garantie choisie.

FONDS SOCIAL D'ACTION SANITAIRE

Conformément aux dispositions prévues à l'article L.111-1.III du code de la mutualité, chaque année, l'assemblée générale affecte un crédit au fonds social et d'action sanitaire destiné :

- À accorder une aide particulière aux bénéficiaires pour des aides à l'occasion d'évènements familiaux - exceptionnels (sur dossier) ;
- À soutenir des actions concourant à la réalisation des objets de la Mutuelle (actions de prévention, de solidarité et d'entraide).

Les modalités de fonctionnement sont décrites dans le règlement intérieur dans la limite du Fonds social voté par l'assemblée générale. Ce Fonds ne peut en aucun cas être supérieur à 3 % des cotisations brutes perçues dans l'année.

▪ Allocation maternité

Les Membres participants bénéficient d'une allocation lors de la naissance ou l'adoption d'un enfant sous la condition que ce dernier soit inscrit impérativement dans les 30 jours qui suivent sa naissance ou son adoption sous le contrat de l'Adhérent auquel il est rattaché.

▪ Assistance à domicile

Les Membres participants et leurs Ayants droit bénéficient de la prise en charge, en cas d'hospitalisation médicalement constatée en MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), y compris en ambulatoire, et sur présentation d'une facture acquittée, d'une aide à domicile à concurrence d'un maximum défini selon la garantie choisie, afin d'aider le Bénéficiaire dans l'exécution de ses tâches quotidiennes.

▪ Santéclair

Les Membres participants et leurs Ayants droit bénéficient des services de Santéclair pour les aider à maîtriser leurs dépenses sur les postes les plus coûteux tels que l'optique, le dentaire, l'audioprothèse mais aussi à mieux s'orienter dans le système de soins.

Ces services permettent d'avoir accès à des réseaux de soins, à une analyse et du conseil sur des devis émanant de professionnels de santé non-partenaires des réseaux, et à des applications internet disponibles sur l'espace adhérent de la Mutuelle.

Les réseaux de soins sont : opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, implantologues dentaires, diététiciens, ostéopathes et chiropracteurs présents sur le territoire métropolitain et pour certains dans des départements d'outre-mer, qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés. Les Bénéficiaires ont accès à une dispense d'avance de frais sur les dépenses prises en charge lorsqu'ils recourent aux professionnels de santé partenaires, sur présentation de leur attestation de tiers payant (excepté pour les diététiciens, les ostéopathes et chiropracteurs), ainsi qu'à des tarifs préférentiels et négociés.

Santéclair propose aussi un service de téléconsultation médicale : Il est ouvert 24h sur 24 et 7 jours sur 7. Ce service permet d'accéder en visio ou par tchat à un médecin libéral (spécialiste ou généraliste, au choix de l'utilisateur) sans délais. Il est susceptible d'aboutir à la délivrance d'une prescription de médicaments.

A l'issue de cet échange, l'utilisateur obtient un compte-rendu qu'il peut mettre à disposition de son médecin traitant. Précision importante : une téléconsultation menée via la mutuelle ne laisse au patient aucun reste-à-charge. Le service de téléconsultation proposé par Santéclair remplit tous les critères de sécurité et de confidentialité que requiert la délivrance d'un avis médical : les informations générées lors de la consultation à distance sont protégées par le secret médical de la même manière qu'elles le sont lors d'une consultation classique.

Ces services sont proposés et gérés par Santéclair. Ils fonctionnent dans le cadre d'une convention conclue avec la Mutuelle, reconductible annuellement.

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.

	Garantie 1 L'essentiel à un tarif accessible	Garantie 2 Une couverture santé équilibrée	Garantie 3 Une protection de haut niveau
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Généraliste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	175%	220%
Généraliste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	155%	200%
Spécialiste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	175%	220%
Spécialiste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM CO	100%	155%	200%
Actes techniques (2) adhérent OPTAM	160%	175%	220%
Actes techniques (2) non adhérent OPTAM	140%	155%	200%
Échographie adhérent OPTAM	160%	175%	220%
Échographie non adhérent OPTAM	140%	155%	200%
Radiologie, scanner, IRM	100%	175%	220%
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 ⁽²⁾			
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 ⁽³⁾	100% + 110€/an	100% + 170€/an	100% + 220€/an
Implantologie ⁽³⁾	-	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 isocroniques)	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 isocroniques)	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 isocroniques)	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

	Garantie 1 L'essentiel à un tarif accessible	Garantie 2 Une couverture santé équilibrée	Garantie 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 (4)			
HONORAIRES			
Honoraires Médecin si adhérent OPTAM/OPTAM CO	160%	175%	220%
Honoraires Médecin non adhérent OPTAM/OPTAM CO	140%	155%	200%
CHAMBRE PARTICULIÈRE (4)			
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 ANTIPALUDIQUÉ / VACCIN ANTIGRIPE	100% + 40€/an	100% + 40€/an	100% + 40€/an
DÉPISTAGE RAPIDE INFECTION VIH	30€/an	30€/an	30€/an
PARTICIPATION À UN ABONNEMENT ANNUEL SPORTIF OU CULTUREL	15 €/an	20€/an	25€/an
DIVERS AVANTAGES			
ALLOCATION MATERNITÉ - ADOPTION	200 €	200 €	200 €
AIDE MÉNAGÈRE - DÈS HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE	25 €/h - maxi 10h/an/bénéficiaire	25 €/h - maxi 10h/an/bénéficiaire	25 €/h - maxi 10h/an/bénéficiaire
SANTÉCLAIR® (5) - TÉLÉCONSULTATION	OUI	OUI	OUI
PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ ET MÉDICALE (6)	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) Sauf établissements médico-sociaux et unités de soins pour longs séjours.

- (5) 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.

- (6) 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.

09 70 75 76 29
appel non surtaxé

www.mutuelle-entrain.fr



MUTUELLE RÉGIE PAR LE LIVRE III DU CODE DE LA MUTUALITÉ, S.IREN 775 558 778

Annexe 2 : EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

La Mutuelle vous aide à y voir plus clair, en vous proposant quelques exemples de remboursements.

Déclinaison 2025 des exemples de remboursement visés à l'annexe 2 de l'engagement (ces exemples ont vocation à être renseignés par chaque OCAM au regard des contrats proposés, conformément aux principes de l'engagement et à la note méthodologique)					
Garantie 1 Mutuelle Communale- Bénéficiaire RO Gal					
Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0,00€	0,00€	20 € (15€) / jours sans limitation de durée	0,00€
Chambre particulière MCO (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24,00 €	24,00 €	
Frais de séjour	835,60€	835,60€	811,60€	24,00 €	0,00€
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Participation à 60% de la BR	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434€	271,70 €	271,70 €	162,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Participation à 40% de la BR	
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473€	271,70 €	271,70 €	108,68 €	92,62 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	
Frais de séjour en secteur public	3 541,00 €	3 541,00 €	2 832,80 €	708,20 €	0,00€
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2€ de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30,00 €	30,00 €	19,00 €	9,00 €	2,00 €
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans (pas de participation forfaitaire)	35,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	0,00€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans : 1 : gynécologie obstétrique	37,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2,00€
2 : ophtalmologie	31,50 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	2,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Honoraires médecins secteur 2 (adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2€ de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans (pas de participation forfaitaire)	50,00 €	35,00 €	24,50 €	10,50 €	15,00€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans : 1 : gynécologie obstétrique	54,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	19,00€
2 : ophtalmologie	45,00 €	31,50 €	20,05 €	9,45 €	15,50€
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR-2€	30% BR	2€ de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans (pas de participation forfaitaire)	62,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	41,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans : 1 : gynécologie obstétrique	67,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	46,00€
2 : ophtalmologie	50,00 €	23,00 €	14,10 €	6,90 €	29,00€
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + remboursement des dépassements plafonnés à 50€/an	
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18 €	24,40 €	14,64 €	11,54 €	0,00€
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100% santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0,00€
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500,00 €	120,00 €	72,00 €	428,00 €	0,00€
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40 % BR	
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0,00€
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR	
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	557,00 €	120,00 €	72,00 €	48,00 €	437,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement jusqu'à 130% de la BR	
Ex : traitement par semestre (6 max)	720,00 €	193,50 €	193,50 €	251,55 €	274,95 €
OPTIQUE					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV⁴	0,00 €
Ex : Verre simple et monture Ex : Verre progressif et monture	42,5 € (par verre) + 30 € (monture) 90 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 € 27 € par verre + 9 €	7,65€ par verre + 5,40€ 16,20 € par verre + 5,40 €	34,85€ par verre + 24,60 € 73,80 € par verre + 24,60 €	0,00€ 0,00€
Équipement (hors 100% santé) + 16 ans	Prix moyen national	BR	60 % BR	Dans la limite des plafonds réglementaires	

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Ex-verre simple + monture	110 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	0,02€ monture et 0,02€/verre	365,85 €
Ex-verre progressif+ monture	243 € (par verre) + 146 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 € monture	0,03 € par verre + 0,03 € monture	0,02€ monture et 0,02€/verre	631,85 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Ticket modérateur si pris en charge régime obligatoire + participation mutuelle	
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge prévu au contrat	
Ex-opération corrective de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100% santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement dans la limite des PLV	
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950€	400€	240€	710€	0€
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	Participation de 450€/oreille y compris RRO et Tm	
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 582,00 €	400,00 €	240,00 €	210,00 €	1 132 €
PACK BIEN ÊTRE					
Acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure podologue (avec diplôme d'état)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	20€/an	
<p>1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.</p> <p>2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.</p> <p>3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.</p> <p>4 : Prix limite de vente.</p>					
<p>Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisie. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/)</p> <p>MCO : médical chirurgical obstétrique TM : ticket modérateur BR : base de remboursement Sécurité sociale RRO : Remboursement régime obligatoire.</p>					

GLOSSAIRE

Adhérent

Le membre de l'Association AAPCS répondant aux conditions de l'Article 3 des Conditions Générales, qui fait acte d'adhésion à la Mutuelle pour lui-même et, le cas échéant, demande le rattachement de ses Ayants droit. De par son adhésion, il devient Membre participant de la Mutuelle.

Ayant droit

La personne qui n'a pas signé de bulletin d'adhésion mais qui bénéficie des garanties de la Mutuelle en raison de ses liens avec un Adhérent qui demande le rattachement de l'Ayant droit à son adhésion. L'Ayant droit doit répondre aux conditions fixées à l'article 3 des Conditions Générales.

Aides auditives

Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

Depuis le 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100% santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) sont prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire comprend l'ensemble des régimes obligatoires français et monégasque couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Synonymes : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale, régimes de base.

Assurance Maladie Complémentaire

Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou ses ayants droit, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

ATM (Actes techniques médicaux)

Ils désignent un code utilisé par la classification commune des actes médicaux (CCAM) dans le cadre de la transmission de données entre les régimes obligatoires et les régimes complémentaires. Le code ATM regroupe les actes techniques médicaux réalisés par les médecins, hors imagerie.

Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes... – dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Base de remboursement

Tarif de référence de l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. On parle de :

- Tarif de Convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- Tarif d'Autorité (TA) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR) : pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Chirurgie Ambulatoire

C'est la chirurgie réalisée à l'occasion d'une hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée) ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Chirurgie réfractive

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels. L'Assurance Maladie Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par l'assurance maladie complémentaire. La chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la chirurgie réfractive.

Chambre Particulière/chambre individuelle

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

Consultation médicale

C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

Contrat "Responsable et Solidaire"

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « solidaire » lorsque l'organisme complémentaire d'assurance maladie ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé de l'individu couvert, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une couverture complémentaire santé de « responsable » lorsqu'elle rembourse :

- Le ticket modérateur, selon le respect du parcours de soins coordonné, des soins et biens remboursés par l'assurance maladie obligatoire (hormis quelques exceptions) ;
- Le forfait journalier hospitalier ;
- Un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% santé » pour les lunettes (depuis 2020) et une partie des prothèses dentaires (depuis 2020 et 2021) et certaines aides auditives (depuis 2021), dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100% santé.

Elle peut également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

En revanche, elle ne doit pas rembourser :

- Les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ;
- La participation forfaitaire de 1 euro applicable aux consultations et certains examens médicaux ;
- Les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport (exemple : 0,50 euros par boîte de médicament).

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements : deux ans pour les lunettes et 4 ans pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires. Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le ministère de la santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

Les contrats « solidaires et responsables » représentent la très grande majorité des contrats offerts sur le marché.

Conventionné / non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire varient selon que le prestataire des soins professionnels ou établissements de santé) a passé ou non une convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

1/ Professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif conventionnel. Le tarif conventionnel est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

Depuis 2019 et progressivement, le tarif de certaines prothèses dentaires est plafonné. Les chirurgiens-dentistes s'engagent à respecter ces tarifs plafonds. Il en va de même pour certains équipements d'optique et certaines aides auditives relevant du panier à prise en charge renforcée.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sur la base du tarif de convention, dans les conditions de réalisation des actes et de leur facturation prévues par celle-ci.

Ainsi, les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents, souvent appelés de « secteur 2 », peuvent facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs

de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et l'orthodontie. Dans tous les cas, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention.

2/ Établissements de santé

Les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence régionale de santé compétente.

Cotisations

Dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé, c'est le montant dû par l'Adhèrent ou Assuré en contrepartie du bénéfice des garanties et des éventuels services associés proposés par l'organisme complémentaire d'assurance maladie : c'est le prix de la couverture complémentaire santé. On ajoute les taxes auxquelles sont assujetties les couvertures complémentaires santé (taux de 13,27% dans le cas le plus général) pour obtenir le prix à payer.

Cure thermique

C'est un séjour dans un centre thermal afin de traiter certaines affections. Les cures thermales sont remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire sous certaines conditions. Elles doivent notamment être prescrites par un médecin.

Délai d'Attente

Il s'agit de la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'Assuré cotise. Elle commence à courir à compter du jour de la souscription, de l'adhésion à la couverture complémentaire santé ou de son renouvellement ou à l'occasion d'un changement de garantie en cours de contrat. Depuis le 1er janvier 2016, les couvertures complémentaires santé responsables ne peuvent pas prévoir de délai d'attente pour les soins et biens en lien avec le caractère responsable du contrat.

Synonymes : délai ou clause de stage, délai de carence

Demande de Prise en Charge par la Mutuelle

La demande formulée auprès de l'organisme complémentaire d'assurance maladie, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires...) permet de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré ou adhérent, sur la base d'un devis.

Dentaire

Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage...), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie ...

Depuis 2020, dans le cadre du dispositif de soins et d'équipements « à prise en charge renforcée », certaines prothèses dentaires seront remboursées intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires introduits et sous réserve que le chirurgien-dentiste respecte les conditions relatives au dispositif de « prise en charge renforcée ».

Dépassement d'Honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires "avec tact et mesure", et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

Synonyme : dépassements.

Dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux sont constitués de tout instrument, appareil, équipement, matière, ou produit, utilisé seul ou en association (y compris les accessoires et logiciels nécessaires à son bon fonctionnement), utilisé à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme.

Les dispositifs médicaux et certaines prestations associées sont pris en charge s'ils sont inscrits à la liste des produits et prestations (LPP).

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-CO)

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013). L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique. Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires. En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO que ceux d'un médecin non adhérent. Un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est également introduit pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Forfait "24 euros"

Participation forfaitaire de 24 euros à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 euros en 2018), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait 24 euros (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

Ce forfait est systématiquement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Synonyme : participation forfaitaire de 24€, participation/forfait actes lourds.

Forfait Journalier Hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1er janvier 2018, son montant est de 20€ par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15€ par jour pour un séjour en psychiatrie. Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la garantie proposée par la complémentaire santé est responsable.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse,).

Synonymes : forfait hospitalier, forfait journalier.

Frais d'Accompagnement

Ces frais correspondent aux facilités (exemple d'un lit) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines couvertures complémentaires santé.

Frais de Séjour

Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le ticket modérateur (les 20% restant) étant systématiquement remboursé par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Franchise médicale

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008. Son montant est de :

- 1,00€ par boîte de médicaments
- 1,00€ par acte paramédical ;
- 4€ par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés.

Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 4€ par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 8€ par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale de l'Etat (AME), femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse (du 1^{er} jour du 6e mois de la grossesse et jusqu'au 12e jour après l'accouchement), jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé "responsables".
Voir également : contrat "responsable et solidaire".

Garantie aux frais réels

Certaines garanties de complémentaire santé prévoient une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

Honoraires

Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sage-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Honoraires limites de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ». Depuis 2019, des honoraires limites de facturation sont appliqués progressivement aux prothèses dentaires contenues dans le panier « 100 % santé » et dans le panier « modéré ».

Honoraires de dispensation

Cette rémunération du pharmacien d'officine est destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Il existe cinq honoraires de dispensation :

- Un honoraire de dispensation au conditionnement ;
- Un honoraire par ordonnance dite complexe (5 lignes et plus de prescription de médicaments remboursables) ;
- Un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables* ;
- Un honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour des jeunes enfants et des patients âgés* ;
- Un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques*.

Ces honoraires peuvent se cumuler.

Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70% ou 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Hospitalisation

L'hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse...).

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

Imagerie médicale

L'imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser...

Implantologie Dentaire

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire (sauf pathologies très particulières), mais peut en revanche être prise en charge par certains contrats d'assurance santé complémentaire.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

Inlays et Onlays

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% santé ». Ils figurent en revanche dans le panier dit « modéré » lorsqu'ils sont réalisés en composite ou alliage non précieux et dans le panier dit « libre » lorsqu'ils sont en céramique ou en alliage précieux. Ce sont les seuls soins conservateurs pour lesquels le chirurgien-dentiste peut facturer un tarif supérieur à la base de remboursement. Le tarif des inlays-onlays composite ou en alliage non précieux sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021. Celui des inlays-onlays en céramique ou alliage précieux restera quant à lui libre.

Certains contrats responsables peuvent prendre en charge les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé lorsqu'un plafond est prévu. Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes Inlay Core.

Médecin Traitant

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

NOEMIE

NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre l'Assurance Maladie Obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. C'est par ce moyen que l'Assurance Maladie Obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un assuré ou adhérent.

Ordonnance

C'est le document délivré par un médecin et sur lequel figurent ses prescriptions.

Les prescriptions peuvent concerner la délivrance de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux) d'examens complémentaires (biologie...) ou la réalisation d'actes de soins par d'autres professionnels de santé (autre médecin, pharmacien, auxiliaire médical...).

La production de ce document est indispensable pour la délivrance de ce produit de santé ou la réalisation de cet acte, ainsi que pour leur remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Orthodontie

Il s'agit de la discipline médicale pratiquée par les orthodontistes (médecins stomatologues ou chirurgiens- dentistes). Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (les dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

L'Assurance Maladie Obligatoire prend partiellement en charge le traitement des enfants commencé avant l'âge de 16 ans. Ces remboursements ne permettent pas de couvrir l'intégralité des frais d'un traitement d'orthodontie, d'autant plus que les dépassements d'honoraires sont fréquents. Il est important d'obtenir un devis avant de commencer le traitement. Les couvertures complémentaires peuvent compléter les remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les couvertures complémentaires peuvent également prendre en charge l'orthodontie des adultes.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursés normalement sans diminution du montant de leur remboursement.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné une personne qui :

- A déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- Consulte un autre médecin, appelé "médecin correspondant", après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué.

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Parodontologie

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

- L'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse ;
- L'élimination des causes d'infection (détartrage des racines...);
- Le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits ;
- Le contrôle périodique du patient.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une faible partie de ces traitements selon certaines conditions médicales.

Participation Forfaitaire d'un Euro

Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- Des enfants de moins de 18 ans ;
- Des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement ;
- Et des bénéficiaires de la couverture complémentaire santé ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations

(LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « 100% Santé » ont, depuis respectivement 2019 et 2020, des prix limites de vente (PLV) que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Prestations

Il s'agit des montants remboursés à un Adhérent ou ses ayants droit par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de son contrat d'assurance (et des éventuels services associés qu'il prévoit).

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types.

Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique.

Les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever et qui remplacent généralement plusieurs dents. À compter de 2019, et de façon progressive, les chirurgiens-dentistes se sont engagés à appliquer des honoraires limités selon le type de prothèse et la localisation de la dent (canine, incisive, prémolaire, molaire).

Pour certaines prothèses dentaires, entrant dans le panier de soins «100% Santé », les contrats complémentaires responsables prennent en charge, à compter de 2020 et 2021, en plus de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, l'intégralité des dépenses engagées, permettant ainsi à l'adhérent ou assuré de n'avoir aucun frais restant à sa charge, sous réserve que les chirurgiens-dentistes respectent les tarifs maximums fixés. Les prothèses dentaires qui n'entrent

pas dans le panier de soins « 100% Santé » sont prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite. Les chirurgiens-dentistes doivent également respecter les tarifs maximums fixés pour certaines de ces prothèses qui n'entrent pas dans le panier «100% Santé ». Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse et le prix des prestations associées.

Il doit nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier «100% Santé » ou à défaut hors champ du panier «100% Santé » mais soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

Réseau de soins

Les réseaux de soins sont créés par des conventions conclues entre des organismes complémentaires d'assurance maladie (directement ou par l'intermédiaire d'un tiers) et des professionnels ou des établissements de santé.

Avec leurs réseaux de soins, les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent offrir des soins de qualité aux adhérents et assurés à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge.

Reste à Charge

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et de sa complémentaire santé.

Après intervention de l'AMO, le reste à charge est constitué :

- Du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire) ;
- De l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire ;
- Des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires ;
- De l'éventuel forfait journalier hospitalier ;
- Des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

L'assurance maladie complémentaire couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'Assurance Maladie Obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur à honoraires opposables dit secteur 1 ou à honoraires libres dit secteur 2).

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient comme, par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ». Les médecins ont l'obligation d'afficher « de manière lisible et visible dans leur salle d'attente » leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent « donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer ». Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Sauf cas particuliers, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires

aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide Médicale d'État.

Soins Courants

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en "soins externes") sont généralement considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.

Soins dentaires

C'est l'ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels. Le chirurgien-dentiste a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'Assurance Maladie Obligatoire pour ces soins, sans possibilité de pratiquer des dépassements (à l'exception des inlays-onlays).

Sur complémentaire

Couverture supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance maladie complémentaire sur certains postes de soins.

Taux de remboursement de l'assurance maladie

Pour déterminer le montant de sa prise en charge, l'Assurance Maladie Obligatoire applique un taux de remboursement à la base de remboursement. Le montant qui en résulte peut-être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La part non remboursée de la base de remboursement est le ticket modérateur.

La base de remboursement peut ne pas correspondre au prix réel de la prestation ou du produit. Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est par exemple, de :

70% de la base de remboursement pour les actes médicaux ;

60% de la base de remboursement pour les actes paramédicaux ;

60% de la base de remboursement pour l'appareillage (lunettes, aides auditives, ...) ;

100%, 65%, 30% ou 15% pour les médicaments.

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction de la situation de l'assuré (par exemple 100% en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes « hors parcours »).

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie

complémentaire responsables (sauf exceptions).

La participation forfaitaire d'1€, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur : il constitue l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Transport

Plusieurs types de transports peuvent être prescrits par un médecin en fonction de l'état de santé et du degré d'autonomie du patient. Il peut s'agir d'une ambulance, d'un véhicule sanitaire léger (VSL), mais aussi d'un taxi conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire, des transports en commun, etc. Les frais de transport sont remboursés à 65% du tarif de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ils sont calculés sur la base de la distance entre le lieu où la personne à transporter se situe et la structure de soins pouvant donner les soins appropriés la plus proche. La prise en charge de certains transports, même prescrits par un médecin, nécessite l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie Obligatoire : c'est le cas des transports de longue distance, des transports en série, des transports en avion ou bateau de ligne, et des transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico- sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).

Vaccins

Les vaccins sont des médicaments injectables qui jouent un rôle essentiel dans la prévention et la protection contre de nombreuses maladies infectieuses. Onze vaccinations sont obligatoires pour les enfants nés depuis le 1er janvier 2018 : il s'agit des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b, l'hépatite B, les infections à pneumocoque, les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Les autorités définissent chaque année le calendrier des vaccinations obligatoires et de celles qui sont recommandées (par exemple : grippe, papillomavirus).

Les vaccins obligatoires ainsi que la majorité des vaccins recommandés sont remboursés, sur prescription médicale, par l'Assurance Maladie Obligatoire au taux de 65%. L'assurance maladie complémentaire complète le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Et elle peut prendre en charge des vaccins non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Certains vaccins sont remboursés à 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire pour des catégories de populations ciblées (grippe saisonnière, par exemple pour les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes atteintes de certaines affections de longue durée, rougeole-oreillons-rubéole pour les enfants et les jeunes de 12 mois à 17 ans révolus).