

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Généraliste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	150%
Généraliste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	130%
Spécialiste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	170%
Spécialiste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	150%
Actes techniques ⁽²⁾ adhérent OPTAM	170%
Actes techniques ⁽²⁾ non adhérent OPTAM	150%
Échographie adhérent OPTAM	170%
Échographie non adhérent OPTAM	150%
Radiologie, scanner, IRM adhérent OPTAM	140%
Radiologie, scanner, IRM non adhérent OPTAM	120%

MÉDICAMENTS

Médicaments pris en charge à 65% par l'AMO	100%
Médicaments pris en charge à 30% par l'AMO	100%
Médicaments pris en charge à 15% par l'AMO	100%
Médicaments achetés en pharmacie sur prescription médicale et non pris en charge par l'AMO : Veinotoniques, vitamines en prévention de la DMLA, médicaments pour troubles de l'érection, produit pour injection dans le cadre du traitement de l'arthrose ou rhumatisme articulaire	45€ par année civile
Automédication en pharmacie (par famille) ⁽³⁾	45€ par année civile

MATÉRIEL MÉDICAL

Petit appareillage	100% + 150€/an
Grand appareillage (sauf fauteuil roulant relevant du 100% santé)	100% + 300€/an
Fauteuil roulant relevant du 100% santé (VPH/Location courte durée)	Intégralement pris en charge
Prothèses capillaires relevant du 100% santé (Classes I et II)	Intégralement pris en charge
Prothèses capillaires ne relevant pas du 100% santé (Classes III et IV)	100% + 150€/an
Accompagnement post opératoire et traitement des effets secondaires des maladies graves et redoutées : Prothèse/implant mammaire, oculaire, soutien-gorge médical avec poche et brassière post-opératoire	100% + 150€/an Par dispositif
Couches incontinence médicale	100% + 60% de la dépense

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

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

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES

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

DENTAIRE ⁽⁴⁾

SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ*

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

SOINS DENTAIRES

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

PROTHÈSES DENTAIRES À TARIFS MAÎTRISÉS OU LIBRES

Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO (sauf InlayCore)	100%
InlayCore	100%
Prothèses dentaires (hors implant) non prises en charge par l'AMO	-

AUTRES SOINS ET ACTES

Orthodontie prise en charge par l'AMO	300%
Orthodontie non prise en charge par l'AMO	-
Parodontologie	100% + 110€/an
Implantologie	-

OPTIQUE Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans pour les adultes sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (1 an).

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ *

Montures relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge
Verres simples relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge
Verres complexes relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge
Verres très complexes relevant du 100% santé	Intégralement pris en charge
Appairage	Intégralement pris en charge
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	Intégralement pris en charge
Verres avec filtres	Intégralement pris en charge
Autres suppléments : prisme, système antipetits, verres isiconiques	Intégralement pris en charge

VERRES OU MONTURES À TARIFS LIBRES ENFANTS < 16 ANS

Montures	100% + 50€
Verres simples par verre	100% + 45€
Verres complexes par verre	100% + 90€
Verres très complexes par verre	100% + 90€
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	100%
Verres avec filtres	100%
Autres suppléments : prisme, système antipetits, verres isiconiques	100%

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).

VERRES OU MONTURES À TARIFS LIBRES

Montures	100€
Verres simples par verre	100% + 50€
Verres complexes par verre	100% + 160€
Verres très complexes par verre	100% + 210€
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	100%
Verres avec filtres	100%
Autres suppléments : prisme, système antipetits, verres isométriques	100%

AUTRES PRESTATIONS

Lentilles prises en charge par l'AMO	100% + 100€/an
Lentilles non prises en charge par l'AMO	100€/an
Chirurgie réfractive	300€/œil/an
Implants multifocaux	260€/œil/an
Déficience visuelle (DMLA,...)	15% du prix du matériel dans la limite de 500€/année civile

AIDES AUDITIVES Prise en charge limitée à un appareil par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition. L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année.

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ *

Équipements 100% santé < 20 ans	Intégralement pris en charge
Équipements 100% santé > 20 ans	Intégralement pris en charge

AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES

* Montant incluant le remboursement de l'AMO

Prothèses auditives prises en charge AMO <=20 ans	1700€/oreille
Prothèses auditives prises en charge AMO >20 ans	1000€/oreille
CONSOMMABLES, PILES, CHARGEUR ET ACCESSOIRES (KIT NETTOYAGE) ⁽⁹⁾	100% + 60€/an
PILES, CHARGEURS ET ACCESSOIRES (KIT NETTOYAGE) NON PRIS EN CHARGE PAR L'AMO ⁽⁹⁾	60€/an

HOSPITALISATION ⁽⁵⁾

HONORAIRES

Honoraires Médecin si adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	200%
Honoraires Médecin non adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	180%

CHAMBRE PARTICULIÈRE

Médical, chirurgical, obstétrique	50€/jour
Ambulatoire	30€
Convalescence, réadaptation fonctionnelle SSR	50€/jour maxi 60 jours/an

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER Y COMPRIS PSYCHIATRIE

	Intégralement pris en charge
--	------------------------------

FRAIS DE SÉJOUR	100%
-----------------	------

TRANSPORT	100%
-----------	------

PARTICIPATION FORFAITAIRE PAR ACTE >120€	Intégralement pris en charge
--	------------------------------

FORFAIT PATIENT URGENCES	Intégralement pris en charge
--------------------------	------------------------------

FRAIS D'ACCOMPAGNANT	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, PSYCHOMOTRICIEN, MICRO-KINÉSITHÉRAPEUTE (avec diplôme d'état ou spécialisation)	200€/an
PSYCHOLOGUE, ERGOTHÉRAPEUTE, SOPHROLOGUE (par un professionnel de santé)	

CURES THERMALES

FORFAIT THERMAL, SURVEILLANCE MÉDICALE, HÉBERGEMENT	100%
FORFAIT CURE	150€/an

PRÉVENTION

ACTES DE PRÉVENTION ET VACCINS REMBOURSÉS PAR L'AMO	100%
OSTÉODENSITOMÉTRIE PRISE EN CHARGE PAR L'AMO	100% + 45€/an
OSTÉODENSITOMÉTRIE NON PRISE EN CHARGE PAR L'AMO	45€/an
SEVRAGE TABAGIQUE (substituts nicotiniques oraux et patches pris en charge par l'AMO et hypnothérapie**)	50€/an
VACCINS NON REMBOURSÉS PAR L'AMO ET TRAITEMENT ANTIPALUDIQUE / VACCIN ANTIGRIPE (SUR PRESCRIPTION)	100% + 40€/an

DIVERS AVANTAGES

MAGAZINE VIVA	OUI
SERVICE VACANCES	OUI
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE RMA ⁽⁴⁾	OUI
SANTÉCLAIR ⁽⁷⁾	OUI
PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ ET MÉDICALE ⁽⁸⁾	OUI

(1) Les prestations s'inscrivent dans le respect du contrat « Responsable et Solidaire » et dans la limite des frais engagés. Les prestations sont indiquées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BR) en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en vigueur au jour de la signature du contrat. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné(e) avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé conventionnés). L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés dans le tableau de garantie. Les forfaits exprimés par an s'entendent, sauf précision, par année civile.

(2) Actes chirurgicaux et non chirurgicaux pratiqués hors hospitalisation par les médecins spécialistes : chirurgiens, cardiologues, ophtalmologues, gastro-entérologues, gynécologues...

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

(4) Les remboursements interviennent le cas échéant dans la double limite du niveau de garantie exprimé et des honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

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

(6) Ressources Mutuelles Assistance - 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 VERTOU Cedex. Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 444 269 682 - 09.72.72.39.15.

(7) 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.

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

(9) Un seul forfait par année civile et par assuré.

OPTAM/OPTAM-ACO : 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.

**Hypnothérapie réalisée par un professionnel de santé, ayant pour finalité le sevrage tabagique (la facture doit le préciser).

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle Entrain, 5 Boulevard Flammarion, le Massilia, 13001 MARSEILLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée en France sous le numéro SIREN : 775 558 778

Produit : YSO, YSO optique, YSO dentaire, YSO plus

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat.

Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez les informations complètes dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit de complémentaire santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES (YSO, YSO plus, YSO dentaire, YSO optique)

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires médicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière (médical, chirurgical, obstétrique, ambulatoire, convalescence), allocation pour frais divers, , frais accompagnement, forfait patient urgence.
- ✓ **Soins courants** : consultations, visites médecins, radiologie et analyses médicales, auxiliaires médicaux, médicaments (remboursés à 65% et 30% par l'AMO).
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact prises en charge par l'AMO, déficience visuelle.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires (prises en charge par l'AMO), InlayCore orthodontie prise en charge par l'AMO, parodontologie.
- ✓ **Matériel médical** : petit et grand appareillage, fauteuil roulant en location courte durée, prothèses capillaires, mammaire, oculaire, soutien-gorge médical et brassière post opératoire (accompagnement post opératoire et traitement effets secondaires des maladies graves), couches pour incontinence.
- ✓ **Aides auditives** : prothèses auditives prises en charge par l'AMO, consommables piles, chargeur et accessoires (Kit nettoyage).
- ✓ **Prévention et médecine alternative** : praticiens non remboursés par l'AMO (acupuncteur, ostéopathe, micro-kinésie, psychologue sophrologie...). Vaccins non remboursés, sevrage tabagique (notamment par hypnothérapie), ostéodensitométrie prise et non prise en charge par l'AMO.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon le niveau de garantie choisi)

Soins courants : médicaments (remboursés à 15% par l'AMO), médicaments sur prescription médicale et non pris en charge par l'AMO, automédication.

Optique : chirurgie réfractive, lentilles non prises en charge par l'AMO, implants multifocaux.

Dentaire : orthodontie non prise en charge par l'AMO, prothèses dentaires hors implant non prises en charge par l'AMO, implantologie.

Cures thermales : forfait thermal, surveillance médicale, hébergement, forfait cure.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais.
- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires), téléconsultation médicale, deuxième avis médical.
- ✓ Assistance vie quotidienne RMA.
- ✓ Service vacances.
- ✓ Protection juridique santé et médicale.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat, non expressément prévus au tableau de garanties, non remboursés par l'AMO sauf indication contraire.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière facturés par les établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les montants au-delà des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation pour les soins et actes relevant du panier 100% santé.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Hospitalisation : prise en charge dans la limite d'un plafond annuel pour la chambre en convalescence et l'allocation pour frais divers hospitalisation.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue. Déficience visuelle (15% dans la limite de 500€/année civile).
- ! Dentaire : 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.
- ! Aides auditives : prise en charge limitée à un appareil par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'acquisition. Pour les appareils relevant du panier libre dans la limite d'un plafond par appareil (dont ticket modérateur et participation AMO).



Où suis-je couvert ?

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



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Payer les cotisations,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité Sociale,
- Informer la mutuelle dans les plus brefs délais des événements suivants, dès leur survenance :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie,
 - Changement de profession : perte d'emploi, départ à la retraite.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables annuellement à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé (Semestriel, Trimestriel, Mensuel) sans aucun frais supplémentaire.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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

Le contrat est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À la date d'échéance principale du contrat, soit le 31 décembre, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date (délai de préavis), La demande de résiliation s'effectue soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, conformément à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, sans frais ni pénalités,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- Dans les 20 jours de l'envoi de l'avis d'échéance annuelle de cotisation, si cette information est adressée moins de 15 jours avant la date de fin du délai de préavis, ou après cette date,
- Le contrat peut aussi être résilié dans les conditions fixées par l'article L221-10-2 du Code de la mutualité : résiliation du contrat possible à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, par les mêmes moyens que ceux visés au premier tiret.