



SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Généraliste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	300%
Généraliste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	200%
Spécialiste : consultation, visite si adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	300%
Spécialiste : consultation, visite non adhérent OPTAM/OPTAM-ACO	200%
Actes techniques ⁽²⁾ adhérent OPTAM	300%
Actes techniques ⁽²⁾ non adhérent OPTAM	200%
Acte d'imagerie adhérent OPTAM	300%
Acte d'imagerie non adhérent OPTAM	200%

MÉDICAMENTS

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

MATÉRIEL MÉDICAL

Petit appareillage	300%
Grand appareillage	300%
Prothèses mammaires ou capillaires prises en charge par l'AMO	300%

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

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

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRES

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

AUTRES PRESTATIONS

Transport pris en charge par l'AMO	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)	400%
Prothèses dentaires (hors implant) non prises en charge par l'AMO	500 €
Inlay Onlay	400%
Inlay Core	400%

AUTRES SOINS ET ACTES

Orthodontie prise en charge par l'AMO	400%
Orthodontie non prise en charge par l'AMO	500 €
Implantologie	800€/an
Parodontologie ⁽⁵⁾	500€/an

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

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ *

Monture relevant du 100% santé*	Intégralement pris en charge
Verres relevant du 100% santé*	Intégralement pris en charge
Appairage	Intégralement pris en charge
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	Intégralement pris en charge
Verres avec filtres	Intégralement pris en charge
Autres suppléments : prisme, système antiptosis, verres iséiconiques	Intégralement pris en charge

VERRES OU MONTURES À TARIFS LIBRES

Monture	100€
Verres « simples »	140€ par verre
Verres « complexes »	250€ par verre
Verres « très complexes »	300€ par verre
Adaptation de la correction visuelle par l'opticien	100%
Verres avec filtres	100%
Autres suppléments : prisme, système antiptosis, verres iséiconiques	100%

AUTRES PRESTATIONS

Lentilles et produits d'entretien pris en charge par l'AMO	100% + 250€/an
Lentilles et produits d'entretien non pris en charge par l'AMO	200€
Chirurgie réfractive / œil	800€

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 *

	Intégralement pris en charge
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES * Montant incluant le remboursement de l'AMO	
Prothèses auditives prises en charge AMO <=20 ans	1 700€/oreille
Prothèses auditives prises en charge AMO >20 ans	1150€/oreille
Consommables, piles et accessoires pris en charge par l'AMO	250%
Consommables, piles et accessoires non pris en charge par l'AMO	200€

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

- (1) Les prestations s'inscrivent dans le respect du contrat « Responsable et Solidaire » et dans la limite des frais engagés. Les prestations sont indiquées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BR) en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en vigueur au jour de la signature du contrat. Lorsque le professionnel de santé n'est pas conventionné(e) avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé conventionnés). L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés dans le tableau de garantie. Les forfaits exprimés par an s'entendent, sauf précision, par année civile.
- (2) Actes chirurgicaux et non chirurgicaux pratiqués hors hospitalisation par les médecins spécialistes : chirurgiens, cardiologues, ophtalmologues, gastro-entérologues, gynécologues ...
- (3) Selon liste définie et consultable sur le site www.mutuelle-entrain.fr.
- (4) Les remboursements interviennent le cas échéant dans la double limite du niveau de garantie exprimé et des honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes.
- (5) Sauf établissements médico-sociaux et unités de soins pour longs séjours.

- (6) Chambre particulière : **pour les établissements conventionnés par la FNMF** dans le cadre du conventionnement mutualiste hospitalier (CHM) la participation de Mutuelle Entrain est limitée aux tarifs négociés ; le règlement s'effectue auprès de l'établissement dans le cadre du tiers payant. **Pour les établissements non conventionnés par la FNMF**, la participation de la Mutuelle se limite au montant défini par la garantie souscrite ; le règlement peut s'effectuer auprès de l'établissement ou, à défaut de tiers payant, à l'adhérent.
- (7) 25€/h - maxi 10h/an/bénéficiaire
- (8) Santéclair - Société Anonyme au capital de 3 834 030 euros ayant son siège 7 Mail Pablo Picasso 44046 Nantes Cedex 1 - Immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

OPTAM/OPTAM-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.



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 : **Complémentaire santé collective à adhésion facultative ANDPI (LIVEO1, 2, 3, 4, 5 et 6)**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit **Complémentaire santé collective à adhésion facultative ANDPI (LIVEO)** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et est éligible au dispositif Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier et psychiatrique, forfait patient urgences, chambre particulière en médical, chirurgical, obstétrique et ambulatoire, participation forfaitaire par acte > 120€.
- ✓ **Soins courants** : consultations, visites médecins, examens et analyses médicaux, transports pris en charge par l'AMO, honoraires paramédicaux, médicaments (remboursés à 65%, 30% et 15% par l'AMO).
- ✓ **Matériel médical** : petit et grand appareillage, fauteuil roulant en location de courte durée, prothèse capillaire classe I et II, prothèse mammaire prise en charge par l'AMO.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles et produits d'entretien pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires, InlayCore, InlayOnlay, orthodontie prise en charge par l'AMO.
- ✓ **Prévention** : actes et vaccins remboursés par l'AMO.
- ✓ **Cure thermique** : traitement et honoraires remboursés par l'AMO.
- ✓ **Aides auditives** : Prothèses prises en charge par l'AMO, consommables, piles et accessoires pris en charge par l'AMO.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon le niveau de garantie choisi)

Soins courants : automédication, homéopathie.

Optique : chirurgie réfractive, lentilles et produits d'entretien non pris en charge par l'AMO.

Dentaire : orthodontie non prise en charge par l'AMO, implantologie, parodontologie.

Hospitalisation : chambre particulière en psychiatrie, convalescence, réadaptation fonctionnelle SSR, forfait accompagnant moins de 16 ans.

Aides auditives : consommables, piles et accessoires non pris en charge par l'AMO.

Prévention : contraception non remboursée par l'AMO, sevrage tabagique, forfait cure hébergement, sport sur ordonnance, vaccins non remboursés par l'AMO.

Prévoyance : allocation naissance / adoption / enfant.

Cures thermiques : frais d'hébergement.

Pack bien être : praticiens non remboursés par l'AMO (acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, psychologue, nutritionniste...).

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.
- ✓ Service Vacances.
- ✓ Assistance à domicile.

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 des 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

- ! Chambre particulière : chambre particulière limitée à 30 jours par an pour une chambre en psychiatrie.
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Dentaire : 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).
- ! Médecine alternative : Limité à 50€/ séance.



Où suis-je couvert ?

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



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

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

En cours de contrat :

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



Quand et comment effectuer les paiements ?

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

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),
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- 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.