



**ASSOCIATION
ASSISTANTES MATERNELLES
DE LA CHARENTE**

ASSOCIATION ASSISTANTES MARTENELLES DE LA CHARENTE

COTISATIONS MENSUELLES AU 1^{er} JANVIER 2021 (TSA rénovée 13,27 % incluse)

Ces cotisations seront applicables au 1^{er} Janvier 2021 sous réserve de maintien de la couverture garantie par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie et du maintien des obligations fiscales et sociales applicables à la mutuelle.

➤ **Actifs :**

	A1745R	A1434	A1875R
Adulte	59,50 €	72,25 €	86,29 €
Adulte + 1 enfant	106,06 €	128,79 €	153,81 €
Adulte + 2 enfants ou +	137,04 €	166,40 €	198,74 €
Couple	119,00 €	144,49 €	172,57 €
Couple + enfant(s)	152,23 €	184,84 €	220,76 €

➤ **Retraités :**

	A1745R	A1434	A1875R
Adulte	77,35 €	92,81 €	112,18 €
Enfant*	46,56 €	59,18 €	67,52 €

**Gratuité à partir du 3^{ème} enfant*

Sont considérés comme « enfants » :

- ceux jusqu'à 25 ans sans conditions

CHANGEMENT DE GARANTIE : REGLE

L'Adhérent au moment de son adhésion choisit une garantie. Elle s'applique obligatoirement à tous les ayants droit.

Le changement de garantie pourra se faire au 1er janvier de chaque année. Lorsque le changement est pour une garantie supérieure, des délais de stage seront appliqués.

Le retour à la garantie précédente peut se faire après 2 ans d'adhésion dans une garantie.

Il ne peut être abrogé à cette disposition que si l'adhérent établit que des circonstances particulières notamment économiques (baisse des revenus, chômage partiel ou total, etc.) lui imposent de procéder à cette modification.

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*	Remboursement Total *
➤ SOINS COURANTS			
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
Honoraires médicaux			
Consultations et visites généralistes	70 %	30 %	100 %
Consultations et visites spécialistes	70 %	60 % 40 %	130 % 110 %
Médecins non conventionnés	70 %	40 %	110 %
Actes de chirurgie en cabinet	70 %	60 % 40 %	130 % 110 %
Actes techniques médicaux	70 %	60 % 40 %	130 % 110 %
Actes d'imagerie médicale	70 %	30 %	100 %
Actes d'échographie	70 %	30 %	100 %
Transports	65 %	35 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	70 % / 60 %	30 % / 40 %	100 %
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60 %	40 %	100 %
Médicaments	65 % / 30 % / 15 %	35 % / 70 % / 85 %	100 %
Matériel médical :			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux	60 % / 100 %	40 % / -	100 %
Supplément prothèses mammaires et capillaires	-	30 %	30 %
Supplément orthopédie, appareillage et accessoires médicaux	-	30 %	30 %
➤ OPTIQUE – à compter de la date d'acquisition limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.			
Equipements 100 % Santé ***			
Monture et verres de Classe A	60 %	100 % PLV ⁽¹⁾ – RO	100 % PLV
Suppléments et prestations optiques	60 %	100 % PLV – RO	100 % PLV
Equipements hors 100 % Santé (classe B) - Les remboursements en euros s'entendent « Remboursement Régime Obligatoire inclus » - Remboursement limité à 100 €/monture, 210 €/verre simple, 350 €/verre complexe.			
Monture – verres simples à tarifs libres	60 %	Forfait : 300 € ^{TM inclus**} - RO	300 €
Monture – verres complexes et très complexes à tarifs libres	60 %	Forfait : 400 € ^{TM inclus**} - RO	400 €
Suppléments et prestations optiques à tarifs libres	60 %	40 %	100 %
Lentilles acceptées ou refusées RO	60 % / -	Forfait annuel : 100 €	RO + 100 € / an
➤ DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % Santé ***	70 %	100 % HLF ⁽¹⁾ – RO ⁽²⁾	100 % HLF
⁽²⁾ Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.			
Soins et prothèses hors 100 % Santé			
Soins	70 %	30 %	100 %
Inlay-core	70 %	130 %	200 %
Prothèse dentaire remboursable	70 %	230 %	300 %
Bridges et prothèses amovibles	70 %	230 %	300 %
Orthodontie acceptée	100 %	150 %	250 %
➤ AIDES AUDITIVES – le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.			
Appareillage auditif 100 % Santé ***	60 % / 100 %	100 % PLV – RO	100 % PLV
Appareillage auditif hors 100 % Santé - remboursement limité à 1700 € /appareillage auditif (RO + Mutuelle 403)			
Prothèses auditives	60 % / 100 %	40 % / -	100 %
Prestations annexes (consommables, piles, accessoires)	60 %	40 %	100 %

⁽¹⁾ PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraires Limite de Facturation

A1745R	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*	Remboursement Total *
➤ HOSPITALISATIONS			
▪ MEDICALE Frais de séjour Soins et honoraires Transports	80 % / 100 % 80 % / 100 % 65 %	OPTAM/ OPTAMCO 20 % / - 50%/30% 30%/10% 35 %	Non OPTAM/ OPTAMCO 100 % 130 % 110 % 100 %
▪ CHIRURGICALE Frais de séjour Soins et honoraires Transports	80 % / 100 % 80 % / 100 % 65 %	20 % / - 50%/30% 30%/10% 35 %	100 % 130 % 110 % 100 %
▪ OBSTETRIQUE Frais de séjour Soins et honoraires Transports	100 % 100 % 65 %	- - 35 %	100 % 100 % 100 %
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	-	55 € / jour	55 € / jour
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire	-	20 € / jour	20 € / jour
▪ <i>Séjours en Maisons ou Services de Repos et de convalescence, séjour en Centres ou Services de Rééducation fonctionnelle ou de moyen séjour, en Etablissements Psychiatriques, et en Etablissements climatiques de pneumologie et sanatoriums pour adulte</i> Frais de séjour Soins et honoraires Transports	80 % / 100 % 80 % / 100 % 65 %	20 % / - 20 % / - 35 %	100 % 100 % 100 %
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (pendant 60j par année civile)	-	55 € / jour	55 € / jour
▪ <i>Etablissements médico-sociaux : Séjours en Maisons d'Enfants spécialisées et Etablissements Climatiques pour enfants et adolescents, en Centres ou Maisons d'accueil pour handicapés enfants et adultes, en Maisons de régime et de Diététique et en Centres de port-cure pour alcooliques et toxicomanes</i> Frais de séjour Soins et honoraires Transports	80 % / 100 % 80 % / 100 % 65 %	20 % / - 20 % / - 35 %	100 % 100 % 100 %
➤ PARTICIPATION FORFAITAIRE			
Participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance Maladie Obligatoire, sur certains actes d'un tarif égal ou supérieur à 120 €	-	OUI	OUI
➤ LES PLUS			
Médecine douce : Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, acupuncteur <i>Limité à 3 séances /an</i>	-	Forfait séance : 30 €	30 € / séance
➤ PREVENTION			
Prestations de prévention prévues à l'article 1 ^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006	65 % / 70 %	35 % / 30 %	100 %
Pilule contraceptive non remboursable RO – Vaccins non remboursés – Aide au sevrage tabagique sur prescription médicale	-	Forfait annuel : 50 €	50 € / an
➤ ASSISTANCE			
	-	OUI	OUI

* % du tarif de responsabilité du Régime Obligatoire (RO) ou forfait dans la limite des frais engagés

** TM : ticket modérateur

***Equipements, Soins et prothèses à prise en charge renforcée tels que défini dans le décret 2019-21 du 11 janvier 2019

Cette garantie respecte l'ensemble des règles des contrats responsables.

Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le N° SIREN 781166210

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : **MUTUELLE 403** – Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée en France sous le n° SIREN 781166210 – Agréée en branche 1, 2 et 20

Produit : **A1745R**

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 précontractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé **A1745R** 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. Les frais non pris en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf exceptions prévues dans le tableau de garanties. Il s'agit d'un contrat groupe qui s'adresse aux entreprises qui souhaitent mettre en place une couverture santé obligatoire pour leurs salariés. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait hospitalier, transport, chambre particulière.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré ou faible (remboursée à 65 %, 30 % et 15 % par la Sécurité Sociale).
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie.
- ✓ **Appareillages remboursés pas la Sécurité Sociale** : Audioprothèses, prothèses et orthèses.
- ✓ **Médecine douce** : Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur.
- ✓ **Prévention** : Pilule contraceptive, vaccin, sevrage tabagique.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Le tiers payant pour éviter l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé.
- ✓ Service d'analyse de devis.
- ✓ Services en ligne dans votre espace personnel sur www.mutuelle403.fr.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Voir DIPA « ASSISTANCE » joint.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Tous frais pharmaceutiques dont le remboursement, par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, est inférieur à 15 %.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour, dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Délais de stage** : la prise en charge des frais est limitée au ticket modérateur, pour les soins suivants, pendant :
 - Les 3 premiers mois pour les Prestations chirurgie, Prestations maladie, Hospitalisation, Chambre particulière, Soins dentaires.
 - Les 6 premiers mois pour les Prothèses dentaires, Optique, Orthopédie, Acoustique.
 - Les 12 premiers mois pour les Cures thermales, le forfait Naissance et l'allocation aux frais d'obsèques.Ces mêmes règles sont applicables en cas de changement de garantie à la hausse.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue, à compter de la date d'acquisition.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge limitée à une aide auditive tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- ! **Médecine douce** : Limitée à 3 séances par an et par bénéficiaire à hauteur de 30 € par séance.
- ! **Chambre particulière** : Limitée à 60 jours par an pour les séjours en maison de repos, établissements de rééducations, psychiatriques, climatiques de pneumologie et sanatoriums.



Où suis-je couvert ?

- En France et à l'étranger
- Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat ou de non garantie,

▪ Obligations de l'entreprise souscriptrice :

- Etre domiciliée en France ;
- Transmettre à la MUTUELLE 403 le contrat collectif signé ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat ;
- Informer la MUTUELLE 403 de toute cession ou cassation d'activité, dépôt de bilan, redressement ou liquidation judiciaire ;
- Transmettre à la MUTUELLE 403 les bulletins d'adhésion et avenants ainsi que les documents justificatifs fournis par le salarié ;
- Remettre au salarié la notice d'information.

▪ Obligations du salarié ou de l'ancien salarié :

A la souscription du contrat :

- Etre affilié à un régime d'assurance maladie français et appartenir à la catégorie de bénéficiaire prévu au contrat collectif ;
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la MUTUELLE 403 et fournir tous documents justificatifs demandés par la MUTUELLE 403 ;

En cours de contrat :

- Fournir toutes les pièces justificatives nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la MUTUELLE 403 dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins du Régime Obligatoire ;
- En cas de changement de caisse d'affiliation, chaque adhérent s'engage à prévenir la MUTUELLE 403 dans le mois qui suit ce changement. Il en découlera sa mutation dans une catégorie appropriée à son nouveau Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ;
- De la même façon, l'adhérent s'engage à transmettre à la MUTUELLE 403 dans le même délai d'un mois de sa survenance toute modification intervenant dans sa situation (état civil, adresse, ...)



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour l'entreprise souscriptrice : Les cotisations sont payables par l'entreprise, mensuelles à terme échu, trimestriellement ou semestriellement d'avance, par chèque, virement ou prélèvement bancaire.

Pour l'ancien salarié : si l'adhérent souhaite s'acquitter de ses cotisations par prélèvement automatique, il peut choisir une fréquence annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Pour ce mode de règlement, l'adhérent peut choisir une date du prélèvement au 5 ou au 15. Les dates de prélèvement et les montants prélevés sont portés à sa connaissance par le biais d'un échéancier. Si l'adhérent souhaite s'acquitter de ses cotisations par un autre mode de paiement (chèque, carte bancaire, espèces, ...), la fréquence de règlement sera semestrielle ou annuelle. Dans ce cas, l'adhérent doit s'acquitter de ses cotisations avant le 1^{er} jour de la période de garantie appelée.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour l'entreprise souscriptrice : L'adhésion prend effet à compter de la date fixée au contrat collectif. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Pour le salarié ou l'ancien salarié : la couverture obligatoire du salarié prend effet à compter de sa date d'affiliation au contrat. La couverture éventuelle des ayants-droit prend effet soit à la date d'adhésion du salarié, soit au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande. Elle cesse en cas de résiliation par l'une des parties signataires dans les cas et conditions fixés au contrat.

Le maintien facultatif « Evin » prend effet au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise souscriptrice peut résilier :

- Au 31 décembre de l'année en cours sous réserve d'en avoir fait la demande au moins deux mois avant la date d'échéance en adressant une lettre, tout autre support durable ou moyen prévu par le contrat conformément à la loi.
- A tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, sous réserve d'avoir notifié la dénonciation par lettre ou tout support durable, par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la MUTUELLE 403, par acte extrajudiciaire, par le même mode de communication à distance que celui proposé par la MUTUELLE 403 pour l'adhésion. La résiliation prend effet un mois après la réception par la MUTUELLE 403 de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.

		Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*	Remboursement Total *	
➤ SOINS COURANTS					
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
Honoraires médicaux					
Consultations et visites généralistes	70 %	130 %	110 %	200 %	180 %
Consultations et visites spécialistes	70 %	130 %	110 %	200 %	180 %
Médecins non conventionnés	70 %	130 %		200 %	
Actes de chirurgie en cabinet	70 %	30 %		100 %	
Actes techniques médicaux	70 %	30 %		100 %	
Actes d'imagerie médicale	70 %	130 %	110 %	200 %	180 %
Actes d'échographie	70 %	130 %	110 %	200 %	180 %
Transports	65 %	35 %		100 %	
Analyses et examens de laboratoire	70 % / 60 %	130 % / 140 %		200 %	
Honoraires paramédicaux					
Infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60 %	140 %		200 %	
Médicaments	65 % / 30 % / 15 %	35 % / 70 % / 85 %		100 %	
Matériel médical :					
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux	60 % / 100 %	40 % / -		100 %	
Supplément Prothèses mammaires et capillaires	-	Forfait annuel : 150 €		150 € /an	
➤ OPTIQUE – à compter de la date d'acquisition limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.					
Équipements 100 % Santé ***					
Monture et verres de Classe A	60 %	100 % PLV ⁽¹⁾ – RO		100 % PLV	
Suppléments et prestations optiques	60 %	100 % PLV – RO		100 % PLV	
Équipements hors 100 % Santé (classe B) - Les remboursements en euros s'entendent « Remboursement Régime Obligatoire inclus »					
Remboursement limité à 100 €/monture, 210 €/verre simple, 350 €/verre complexe, 400 €/verre très complexe.					
Monture – verres simples à tarif libre	60 %	Forfait : 300 € ^{TM inclus**} - RO		300 €	
Monture – verres complexes et très complexes à tarif libre	60 %	Forfait : 600 € ^{TM inclus} - RO		600 €	
Suppléments et prestations optiques à tarifs libres	60 %	40 %		100 %	
Lentilles acceptées ou refusées RO	60 % / -	Forfait annuel : 250 €		RO + 250 € /an	
➤ DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % Santé ***	70 %	100 % HLF ⁽¹⁾ – RO ⁽²⁾		100 % HLF	
⁽²⁾ Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.					
Soins et prothèses hors 100 % Santé					
Soins	70 %	30 %		100 %	
Inlay-core	70 %	330 %		400 %	
Prothèse dentaire remboursable	70 %	330 %		400 %	
Bridges et prothèses amovibles	70 %	330 %		400 %	
Prothèse dentaire non remboursable	-	Forfait annuel : 400 €		400 € /an	
Orthodontie acceptée	100 %	200 %		300 %	
➤ AIDES AUDITIVES – le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.					
Appareillage auditif 100 % Santé ***	60 % / 100 %	100 % PLV – RO		100 % PLV	
Appareillage auditif hors 100 % Santé - remboursement limité à 1700 € /appareillage auditif (RO + Mutuelle 403)					
Prothèses auditives	60 % / 100 %	40 % / - + Forfait /prothèse : 305 €		100 % + 305 € /prothèse	
Prestations annexes (consommables, piles, accessoires)	60 %	40 %		100 %	
➤ CURE					
Honoraires de surveillance	70 %	30 %		100 %	
Forfait thermal – Frais d'hébergement –Transport	65 %	107 €		RO + 107 €	

⁽¹⁾ PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraires Limite de Facturation

A1434	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*	Remboursement Total *		
➤ HOSPITALISATIONS					
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
▪ MEDICALE					
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -		100 %	
Soins et honoraires	80 % / 100 %	20 % / -		100 %	
Transports	65 %	35 %		100 %	
▪ CHIRURGICALE					
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -		100 %	
Soins et honoraires	80 % / 100 %	120 % / 100 % 100 % / 80 %		200 % 180 %	
Transports	65 %	35 %		100 %	
▪ OBSTETRIQUE					
Frais de séjour	100 %	-		100 %	
Soins et honoraires	100 %	-		100 %	
Transports	65 %	35 %		100 %	
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels		Frais réels	
Chambre particulière	-	68 € /jour		68 € /jour	
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire	-	20 € /jour		20 € /jour	
Frais d’accompagnant – enfant de moins de 16 ans <i>(dès la 1^{ère} nuit et pour une hospitalisation d’au moins 3 nuits et pour une durée maximale de 30 nuits)</i>	-	13 € /nuit		13 € /nuit	
▪ Séjours en Maisons ou Services de Repos et de convalescence, séjour en Centres ou Services de Rééducation fonctionnelle ou de moyen séjour, en Etablissements Psychiatriques, et en Etablissements climatiques de pneumologie et sanatoriums pour adulte					
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -		100 %	
Soins et honoraires	80 % / 100 %	20 % / -		100 %	
Transports	65 %	35 %		100 %	
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels		Frais réels	
Chambre particulière <i>(pendant 60j par année civile)</i>	-	68 € /jour		68 € /jour	
▪ Etablissements médico-sociaux : Séjours en Maisons d’Enfants spécialisées et Etablissements Climatiques pour enfants et adolescents, en Centres ou Maisons d’accueil pour handicapés enfants et adultes, en Maisons de régime et de Diététique et en Centres de port-cure pour alcooliques et toxicomanes					
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -		100 %	
Soins et honoraires	80 % / 100 %	20 % / -		100 %	
Transports	65 %	35 %		100 %	
➤ PARTICIPATION FORFAITAIRE					
<i>Participation laissée à la charge de l’assuré par l’Assurance Maladie Obligatoire, sur certains actes d’un tarif égal ou supérieur à 120 €</i>	-	OUI		OUI	
➤ LES PLUS					
Forfait Naissance : Naissance, adoption plénière (enfant de moins de 16 ans) Forfait par enfant	-	250 €		250 €	
Médecine douce : Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, acupuncteur, pédicure, podologue, psychologue, diététicien <i>Limité à 4 séances /an</i>	-	Forfait /séance : 45 €		45 € /séance	
Allocation aux frais d’obsèques : Versée sur présentation de la facture acquittée par une tierce personne, après le décès	-	600 €		600 €	
➤ PREVENTION					
Prestations de prévention prévues à l’article 1 ^{er} de l’arrêté du 8 juin 2006	65 % / 70 %	35 % / 30 %		100 %	
➤ ASSISTANCE					
	-	OUI		OUI	

* % du tarif de responsabilité du Régime Obligatoire (RO) ou forfait dans la limite des frais engagés

** TM : ticket modérateur

***Equipements, Soins et prothèses à prise en charge renforcée tels que défini dans le décret 2019-21 du 11 janvier 2019

Cette garantie respecte l'ensemble des règles des contrats responsables.

Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le N° SIREN 781166210

Exemples de remboursement 2021 Garantie A1434

Exemple A1434	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Rem boursement de l'assurance maladie obligatoire	Rem boursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	Le remboursement de l'AMC inclut 24 € au titre de la participation forfaitaire	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €	Le remboursement de l'AMC inclut 24 € au titre de la participation forfaitaire	Prix moyen national de l'acte
Optique						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	299,91 €	45,00 €	Reste à charge sur la monture uniquement	Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxième prémolaires	538,70 €	84,00 €	396,00 €	58,70 €		Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	354,75 €	108,70 €		Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	240,00 €	465,00 €	771,00 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	25,30 €	15,60 €		Prix moyen national de l'acte

document non contractuel

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : **MUTUELLE 403** – Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée en France sous le n° SIREN 781166210 – Agréée en branche 1, 2 et 20

Produit : **A1434**

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 précontractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé **A1434** 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. Les frais non pris en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf exceptions prévues dans le tableau de garanties. Il s'agit d'un contrat groupe qui s'adresse à des personnes morales qui souhaitent mettre en place une couverture santé facultative pour le compte de personnes physiques. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait hospitalier, transport, chambre particulière, frais d'accompagnant.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré ou faible (remboursée à 65 %, 30 % et 15 % par la Sécurité Sociale).
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie.
- ✓ **Appareillages remboursés pas la Sécurité Sociale** : Audioprothèses, prothèses et orthèses.
- ✓ **Médecine douce** : Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, pédicure, podologue, psychologue, diététicien.
- ✓ **Cure thermique**
- ✓ **Forfait naissance**
- ✓ **Allocation aux frais d'obsèques**

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Le tiers payant pour éviter l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé.
- ✓ Service d'analyse de devis.
- ✓ Services en ligne dans votre espace personnel sur www.mutuelle403.fr.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Voir DIPA « ASSISTANCE » joint.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Tous frais pharmaceutiques dont le remboursement, par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, est inférieur à 15 %.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour, dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfait de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Délais de stage** : la prise en charge des frais est limitée au ticket modérateur, pour les soins suivants, pendant :
 - Les 3 premiers mois pour les Prestations chirurgie, Prestations maladie, Hospitalisation, Chambre particulière, Soins dentaires.
 - Les 6 premiers mois pour les Prothèses dentaires, Optique, Orthopédie, Acoustique.
 - Les 12 premiers mois pour les Cures thermales, le forfait Naissance et l'allocation aux frais d'obsèques.Ces mêmes règles sont applicables en cas de changement de garantie à la hausse.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue, à compter de la date d'acquisition.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge limitée à une aide auditive tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- ! **Médecine douce** : Limitée à 4 séances par an et par bénéficiaire à hauteur de 45 € par séance.
- ! **Chambre particulière** : Limitée à 60 jours par an pour les séjours en maison de repos, établissements de rééducations, psychiatriques, climatiques de pneumologie et sanatoriums.



Où suis-je couvert ?

- En France et à l'étranger
- Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat ou de non garantie,

A la souscription du contrat :

- Transmettre à la MUTUELLE 403 le contrat signé ;
- Remettre au tiers, personne physique, la notice d'information ;
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la MUTUELLE 403 ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la MUTUELLE 403 ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir toutes les pièces justificatives nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Fournir un bulletin d'adhésion pour tout nouvel arrivant dans le groupe assuré ;
- Informer la MUTUELLE 403, dans les conditions prévues au contrat, des événements suivants, dès que le groupe en a eu connaissance : changement de situation de famille, changement de situation sociale, sortie de groupe.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La personne physique bénéficiaire des prestations s'acquitte de ses cotisations par prélèvement automatique. Elle peut choisir une fréquence annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Pour ce mode de règlement, elle peut choisir une date du prélèvement au 5 ou au 15. Les dates de prélèvement et les montants prélevés sont portés à sa connaissance par le biais d'un échéancier.

Si la personne physique bénéficiaire des prestations souhaite s'acquitter de ses cotisations par un autre mode de paiement (chèque, carte bancaire, espèces, ...), la fréquence de règlement sera semestrielle ou annuelle. Dans ce cas, elle doit s'acquitter de ses cotisations avant le 1^{er} jour de la période de garantie appelée.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence :

L'adhésion de la personne morale souscriptrice prend effet à compter de la date fixée au contrat collectif. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

La couverture de la personne physique est constatée par la signature du bulletin d'adhésion et prend effet dès lors que la personne physique adhérente n'a pas expressément renoncé à son adhésion dans le délai de réflexion préalable fixé par la législation en vigueur. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent 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). La couverture de la personne physique prend fin dès lors que le lien entre elle et la personne morale est rompu, à échéance annuelle (31 décembre) dans les conditions prévues au contrat, en cas de non-paiement des cotisations, de fausse déclaration ou de décès de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La personne morale souscriptrice peut résilier :

- Au 31 décembre de l'année en cours sous réserve d'en avoir fait la demande au moins deux mois avant la date d'échéance en adressant une lettre, tout autre support durable ou moyen prévu par le contrat conformément à la loi.
- A tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, sous réserve d'avoir notifié la dénonciation par lettre ou tout support durable, par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la MUTUELLE 403, par acte extrajudiciaire, par le même mode de communication à distance que celui proposé par la MUTUELLE 403 pour l'adhésion. La résiliation prend effet un mois après la réception par la MUTUELLE 403 de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.

La personne physique peut mettre fin à sa couverture :

- Au 31 décembre de l'année en cours sous réserve d'en avoir fait la demande au moins deux mois avec la date d'échéance en adressant une lettre, tout autre support durable ou moyen prévu par la notice conformément à la loi.
- A tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, sous réserve d'avoir notifié la dénonciation par lettre ou tout support durable, par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la MUTUELLE 403, par acte extrajudiciaire, par le même mode de communication à distance que celui proposé par la MUTUELLE 403 pour l'adhésion. La résiliation prend effet un mois après la réception par la MUTUELLE 403 de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.
- En cas d'adhésion au contrat collectif obligatoire de votre employeur et sous réserve de la production d'une attestation produite par l'employeur du membre participant. La résiliation prend effet à compter du 1^{er} jour du mois suivant la production de ladite attestation.

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*	Remboursement Total *
➤ SOINS COURANTS			
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
Honoraires médicaux			
Consultations et visites généralistes	70 %	130 %	110 %
Consultations et visites spécialistes	70 %	150 %	130 %
Médecins non conventionnés	70 %	130 %	200 %
Actes de chirurgie en cabinet	70 %	30 %	100 %
Actes techniques médicaux	70 %	30 %	100 %
Actes d'imagerie médicale	70 %	130 %	110 %
Actes d'échographie	70 %	130 %	110 %
Transports	65 %	35 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	70 % / 60 %	130 % / 140 %	200 %
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60 %	140 %	200 %
Médicaments	65 % / 30 % / 15 %	35 % / 70 % / 85 %	100 %
Matériel médical :			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux	60 % / 100 %	40 % / -	100 %
Supplément Prothèses mammaires et capillaires	-	Forfait annuel : 150 €	150 € /an
Supplément Orthopédie		Forfait annuel : 100 €	100 € /an
➤ OPTIQUE – à compter de la date d'acquisition limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.			
Equipements 100 % Santé ***			
Monture et verres de Classe A	60 %	100 % PLV ⁽¹⁾ – RO	100 % PLV
Suppléments et prestations optiques	60 %	100 % PLV – RO	100 % PLV
Equipements hors 100 % Santé (classe B) – Les remboursements en euros s'entendent « Remboursement Régime Obligatoire inclus » <i>Remboursement limité à 100 €/monture, 210 €/verre simple, 350 €/verre complexe, 400 €/verre très complexe.</i>			
Monture – verres simples à tarif libre	60 %	Forfait : 350 € ^{TM inclus**} - RO	350 €
Monture – verres complexes et très complexes à tarif libre	60 %	Forfait : 600 € ^{TM inclus} - RO	600 €
Suppléments et prestations optiques à tarifs libres	60 %	40 %	100 %
Lentilles acceptées ou refusées RO	60 % / -	Forfait annuel : 250 €	RO + 250 € /an
➤ DENTAIRE			
Soins et prothèses 100 % Santé ***	70 %	100 % HLF ⁽¹⁾ – RO ⁽²⁾	100 % HLF
⁽²⁾ Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés et sous déduction du Montant Remboursé par la Sécurité sociale.			
Soins et prothèses hors 100 % Santé			
Soins	70 %	30 %	100 %
Inlay-core	70 %	380 %	450 %
Prothèse dentaire remboursable	70 %	380 %	450 %
Bridges et prothèses amovibles	70 %	380 %	450 %
Prothèse dentaire non remboursable	-	Forfait annuel : 400 €	400 € /an
Orthodontie acceptée	100 %	200 %	300 %
➤ AIDES AUDITIVES – le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.			
Appareillage auditif 100 % Santé ***	60 % / 100 %	100 % PLV – RO	100 % PLV
Appareillage auditif hors 100 % Santé – remboursement limité à 1700 € /appareillage auditif (RO + Mutuelle 403)			
Prothèses auditives	60 % / 100 %	40 % / - + Forfait /prothèse : 305 €	100 % + 305 € /prothèse
Prestations annexes (consommables, piles, accessoires)	60 %	40 %	100 %
➤ CURE			
Honoraires de surveillance	70 %	30 %	100 %
Forfait thermal – Frais d'hébergement –Transport	65 %	35 % + 300 €	100 % + 300 €

⁽¹⁾ PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraires Limite de Facturation

A1875R		Remboursement Régime Obligatoire *		Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
➤ HOSPITALISATIONS							
▪ MEDICALE Frais de séjour Soins et honoraires Transports ▪ CHIRURGICALE Frais de séjour Soins et honoraires Transports ▪ OBSTETRIQUE Frais de séjour Soins et honoraires Transports Forfait journalier hospitalier Chambre particulière Chambre particulière en chirurgie ambulatoire Frais d’accompagnant – enfant de moins de 16 ans <i>(dès la 1^{ère} nuit et pour une hospitalisation d’au moins 3 nuits et pour une durée maximale de 30 nuits)</i>		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO		
		20 % / -		100 %			
		120 % / 100 % 100 % / 80 %		200 % 180 %			
		35 %		100 %			
		20 % / -		100 %			
		120 % / 100 % 100 % / 80 %		200 % 180 %			
		35 %		100 %			
		-		100 %			
		100 % 80 %		200 % 180 %			
		35 %		100 %			
-		Frais réels		Frais réels			
-		68 € /jour		68 € /jour			
-		20 € /jour		20 € /jour			
-		13 € /nuit		13 € /nuit			
▪ Séjours en Maisons ou Services de Repos et de convalescence, séjour en Centres ou Services de Rééducation fonctionnelle ou de moyen séjour, en Etablissements Psychiatriques, et en Etablissements climatiques de pneumologie et sanatoriums pour adulte							
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -		100 %			
Soins et honoraires	80 % / 100 %	20 % / -		100 %			
Transports	65 %	35 %		100 %			
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels		Frais réels			
Chambre particulière (pendant 60j par année civile)	-	68 € /jour		68 € /jour			
▪ Etablissements médico-sociaux : Séjours en Maisons d'Enfants spécialisées et Etablissements Climatiques pour enfants et adolescents, en Centres ou Maisons d'accueil pour handicapés enfants et adultes, en Maisons de régime et de Diététique et en Centres de port-cure pour alcooliques et toxicomanes							
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -		100 %			
Soins et honoraires	80 % / 100 %	20 % / -		100 %			
Transports	65 %	35 %		100 %			
➤ PARTICIPATION FORFAITAIRE							
Participation laissée à la charge de l’assuré par l’Assurance Maladie Obligatoire, sur certains actes d’un tarif égal ou supérieur à 120 €	-	OUI		OUI			
➤ LES PLUS							
Forfait Naissance : Naissance, adoption plénière (enfant de moins de 16 ans) Forfait par enfant	-	250 €		250 €			
Médecine douce : Ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, acupuncteur, pédicure, podologue, psychologue, diététicien <i>Limité à 5 séances /an</i>	-	Forfait /séance : 50 €		50 € /séance			
Allocation aux frais d'obsèques : Versée sur présentation de la facture acquittée par une tierce personne, après le décès	-	600 €		600 €			
➤ PREVENTION							
Prestations de prévention prévues à l’article 1 ^{er} de l’arrêté du 8 juin 2006	65 % / 70 %	35 % / 30 %		100 %			
Pharmacie non remboursée sur prescription médicale	-	Forfait annuel : 50 €		50 € /an			
➤ ASSISTANCE							
	-	OUI		OUI			

* % du tarif de responsabilité du Régime Obligatoire (RO) ou forfait dans la limite des frais engagés

** TM : ticket modérateur

***Equipements, Soins et prothèses à prise en charge renforcée tels que défini dans le décret 2019-21 du 11 janvier 2019

Cette garantie respecte l'ensemble des règles des contrats responsables. Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le N° SIREN 781166210

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : **MUTUELLE 403** – Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée en France sous le n° SIREN 781166210 – Agréée en branche 1, 2 et 20

Produit : **ASSOC ASS MAT ANGOULEME**

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 précontractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé **A1875R** 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. Les frais non pris en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf exceptions prévues dans le tableau de garanties. Il s'agit d'un contrat groupe qui s'adresse à des personnes morales qui souhaitent mettre en place une couverture santé facultative pour le compte de personnes physiques. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait hospitalier, transport, chambre particulière, frais d'accompagnant.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré ou faible (remboursée à 65 %, 30 % et 15 % par la Sécurité Sociale).
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie.
- ✓ **Appareillages remboursés pas la Sécurité Sociale** : Audioprothèses, prothèses et orthèses.
- ✓ **Médecine douce** : Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, pédicure, podologue, psychologue, diététicien.
- ✓ **Prévention** : pharmacie non remboursée sur prescription médicale
- ✓ **Cure thermique**
- ✓ **Forfait naissance**
- ✓ **Allocation aux frais d'obsèques**

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Le tiers payant pour éviter l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé.
- ✓ Service d'analyse de devis.
- ✓ Services en ligne dans votre espace personnel sur www.mutuelle403.fr.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Voir DIPA « ASSISTANCE » joint.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Tous frais pharmaceutiques dont le remboursement, par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, est inférieur à 15 %.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour, dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfait de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Délais de stage** : la prise en charge des frais est limitée au ticket modérateur, pour les soins suivants, pendant :
 - Les 3 premiers mois pour les Prestations chirurgie, Prestations maladie, Hospitalisation, Chambre particulière, Soins dentaires.
 - Les 6 premiers mois pour les Prothèses dentaires, Optique, Orthopédie, Acoustique.
 - Les 12 premiers mois pour les Cures thermales, le forfait Naissance et l'allocation aux frais d'obsèques.Ces mêmes règles sont applicables en cas de changement de garantie à la hausse.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue, à compter de la date d'acquisition.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge limitée à une aide auditive tous les 4 ans suivant la date d'acquisition de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- ! **Médecine douce** : Limitée à 5 séances par an et par bénéficiaire à hauteur de 50 € par séance.
- ! **Chambre particulière** : Limitée à 60 jours par an pour les séjours en maison de repos, établissements de rééducations, psychiatriques, climatiques de pneumologie et sanatoriums.



Où suis-je couvert ?

- En France et à l'étranger
- Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat ou de non garantie,

A la souscription du contrat :

- Transmettre à la MUTUELLE 403 le contrat signé ;
- Remettre au tiers, personne physique, la notice d'information ;
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la MUTUELLE 403 ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la MUTUELLE 403 ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir toutes les pièces justificatives nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Fournir un bulletin d'adhésion pour tout nouvel arrivant dans le groupe assuré ;
- Informer la MUTUELLE 403, dans les conditions prévues au contrat, des événements suivants, dès que le groupe en a eu connaissance : changement de situation de famille, changement de situation sociale, sortie de groupe.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La personne physique bénéficiaire des prestations s'acquitte de ses cotisations par prélèvement automatique. Elle peut choisir une fréquence annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Pour ce mode de règlement, elle peut choisir une date du prélèvement au 5 ou au 15. Les dates de prélèvement et les montants prélevés sont portés à sa connaissance par le biais d'un échéancier.

Si la personne physique bénéficiaire des prestations souhaite s'acquitter de ses cotisations par un autre mode de paiement (chèque, carte bancaire, espèces, ...), la fréquence de règlement sera semestrielle ou annuelle. Dans ce cas, elle doit s'acquitter de ses cotisations avant le 1^{er} jour de la période de garantie appelée.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence :

L'adhésion de la personne morale souscriptrice prend effet à compter de la date fixée au contrat collectif. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

La couverture de la personne physique est constatée par la signature du bulletin d'adhésion et prend effet dès lors que la personne physique adhérente n'a pas expressément renoncé à son adhésion dans le délai de réflexion préalable fixé par la législation en vigueur. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent 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). La couverture de la personne physique prend fin dès lors que le lien entre elle et la personne morale est rompu, à échéance annuelle (31 décembre) dans les conditions prévues au contrat, en cas de non-paiement des cotisations, de fausse déclaration ou de décès de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La personne morale souscriptrice peut résilier :

- Au 31 décembre de l'année en cours sous réserve d'en avoir fait la demande au moins deux mois avant la date d'échéance en adressant une lettre, tout autre support durable ou moyen prévu par le contrat conformément à la loi.
- A tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, sous réserve d'avoir notifié la dénonciation par lettre ou tout support durable, par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la MUTUELLE 403, par acte extrajudiciaire, par le même mode de communication à distance que celui proposé par la MUTUELLE 403 pour l'adhésion. La résiliation prend effet un mois après la réception par la MUTUELLE 403 de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.

La personne physique peut mettre fin à sa couverture :

- Au 31 décembre de l'année en cours sous réserve d'en avoir fait la demande au moins deux mois avec la date d'échéance en adressant une lettre, tout autre support durable ou moyen prévu par la notice conformément à la loi.
- A tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, sous réserve d'avoir notifié la dénonciation par lettre ou tout support durable, par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la MUTUELLE 403, par acte extrajudiciaire, par le même mode de communication à distance que celui proposé par la MUTUELLE 403 pour l'adhésion. La résiliation prend effet un mois après la réception par la MUTUELLE 403 de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.
- En cas d'adhésion au contrat collectif obligatoire de votre employeur et sous réserve de la production d'une attestation produite par l'employeur du membre participant. La résiliation prend effet à compter du 1^{er} jour du mois suivant la production de ladite attestation.

MUTUELLE 403

GARANTIES D'ASSISTANCE

PERMANENCE MEDICALE / SECOURS D'URGENCE

- Premiers secours,
- Recherche d'un médecin,
- Transfert à l'hôpital et retour à domicile,
- Acheminement de médicaments.

EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48H

- Transmission de message urgent,
- Présence d'un proche au chevet,
- Prise en charge des enfants et /ou ascendants dépendants,
- Aide à domicile pendant ou après l'hospitalisation (maximum 20h),
- Garde des animaux domestiques.

N.B. : La garantie d'aide à domicile s'exerce également en cas de séjour en maternité d'une durée supérieure à 8 jours et de décès de l'un des parents.

EN CAS D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT

- Présence d'un membre de la famille,
- Organisation de garde d'enfant malade,
- Soutien pédagogique à domicile.

EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS ET SUR PRESCRIPTION MEDICALE

- Présence d'un proche au chevet,
- Prise en charge des enfants et /ou ascendants dépendants,
- Aide à domicile pendant ou après l'hospitalisation (maximum 20h),
- Garde des animaux domestiques.

EN CAS DE TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE OU CHIMIOOTHERAPIE

- Aide à domicile.

SERVICES D'INFORMATIONS PAR TELEPHONE

- Informations médicales,
- Informations « Vie pratique »,
- Information juridiques.

EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24H DES + DE 75 ANS

- Sécurisation du retour à domicile avec la mise à disposition d'un appareil de téléassistance pendant 3 mois.

Document non contractuel – Garanties en vigueur depuis le 1^{er} Juillet 2017.

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 l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

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

Les garanties du produit d'assistance santé sont vendues en inclusion systématique du contrat d'assurance complémentaire santé souscrit et ont pour vocation d'aider les bénéficiaires en cas d'accident ou de maladie ayant entraîné une immobilisation ou une hospitalisation.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds maximum qui varient en fonction de l'évènement qui donne droit à la garantie. Ils sont détaillés dans la notice d'information.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES

Assistance aux personnes

- ✓ En cas d'immobilisation au domicile suite à une maladie ou à un accident: envoi d'un médecin, indication de conseils d'urgence, transfert à l'hôpital, recherche de médicaments
- ✓ En cas d'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours suite à une maladie ou à un accident: transmission de messages urgents à caractère personnel, voyage et hébergement d'un proche auprès du bénéficiaire, garde des enfants, transfert des enfants chez un proche, transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants, conduite des enfants à l'école, garde des ascendants ou des personnes dépendantes, transfert des ascendants ou des personnes dépendantes chez un proche, transfert d'un proche au domicile pour garder les ascendants ou les personnes dépendantes, aide – ménagère, garde d'animaux domestiques
- ✓ En cas de traitement médical par radiothérapie ou de chimiothérapie: aide à domicile
- ✓ En cas de séjour prolongé en maternité: garde des enfants, transfert des enfants chez un proche, transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants, conduite des enfants à l'école, garde des ascendants ou des personnes dépendantes, transfert des ascendants ou des personnes dépendantes chez un proche, transfert d'un proche au domicile pour garder les ascendants ou personnes dépendantes, aide-ménagère
- ✓ En cas de décès: aide-ménagère
- ✓ En cas de maladie ou accident de l'enfant nécessitant son immobilisation au domicile pendant plus de 48 heures: garde des enfants, transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants
- ✓ En cas de maladie ou d'accident de l'enfant nécessitant son immobilisation au domicile pendant plus de 15 jours: école à domicile
- ✓ Pour sécuriser la sortie d'hospitalisation et la convalescence à domicile: téléassistance médicalisée,
- ✓ Informations santé: renseignements pour la santé de tous les jours
- ✓ Informations juridiques et vie pratique: renseignements juridiques, renseignements vie pratique



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les sinistres pour lesquels le fait générateur est né en dehors de la période couverture ou était connu par le bénéficiaire avant l'adhésion



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Exclusions applicables à toutes les garanties

- ! Frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE
- ! Guerre civile ou étrangère
- ! Explosions engins et effets nucléaires
- ! Evénements climatiques
- ! Participation en tant que concurrent à toute épreuve sportive de compétition
- ! Tentatives de suicide
- ! Etats résultants de l'usage abusif d'alcool
- ! Conséquences des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement
- ! Toute intervention volontaire pour convenance personnelle



Où suis-je couvert(e) ?



Les garanties assistance aux personnes sont acquises au Domicile, en France Métropolitaine y compris la Corse, Principauté de Monaco, Martinique, Guadeloupe et Réunion.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie l'assuré doit :

- payer la prime lors de l'adhésion et pendant toute la durée du contrat,
- déclarer le sinistre à **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** dans un délai de 5 jours à compter de sa survenance,
- obtenir l'accord préalable de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** avant d'entamer toute démarche.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les primes d'assistance étant incluses dans la cotisation du contrat d'assurance complémentaire santé, elles sont prélevées en même temps.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à partir de la date d'adhésion au contrat au contrat complémentaire santé de la **Mutuelle 403**

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale (31 décembre) sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

La couverture prend fin :

- en cas de cessation de l'adhésion au contrat complémentaire santé **Mutuelle 403** ;
- en cas de résiliation du contrat collectif d'assistance n° 000001191



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation de l'adhésion au contrat d'assurance entraîne automatiquement la résiliation du contrat d'assistance.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL – Société anonyme au capital de 4 100 000 euros – 433 012 689 RCS Nanterre – Siège social : 108 Bureaux de la Colline – 92213 CLOUD Cedex – Entreprise régie par le Code des assurances - www.filassistance.fr

NOTRE OFFRE DE SERVICES

• UN ACCOMPAGNEMENT PERMANENT

La **MUTUELLE 403** analyse, intègre et communique aux entreprises adhérentes les évolutions touchant à la protection sociale et aux avantages sociaux.

• DES SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISTES

Les adhérents de la **MUTUELLE 403** peuvent profiter de l'ensemble des services de soins et d'accompagnement mutualistes des Unions Territoriales et bénéficier de conditions tarifaires avantageuses.

Sur simple demande, la **MUTUELLE 403** renseigne ses adhérents sur le réseau du département où sont implantées ces réalisations (pharmacies mutualistes, cabinets dentaires, centres d'optique...).

• DES ACCORDS DE TIERS PAYANT

Outre les réalisations sanitaires mutualistes, la **MUTUELLE 403**, pour de nombreuses professions de santé, règle directement le montant de sa participation et évite ainsi une avance de frais parfois importante (hôpitaux, cliniques, pharmacies, soins externes, transports, optique, dentaire, analyses médicales, radiologie, centres de soins, soins infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, pompes funèbres, etc.).

Pour ce faire, l'adhérent doit présenter sa carte mutualiste en cours de validité, ainsi que sa carte vitale ou attestation d'assuré social.

Si un professionnel de santé n'a pas signé d'accord de tiers payant avec la **MUTUELLE 403**, il peut le faire à tout moment.

• DES TELETRANSMISSIONS NOEMIE

Pour les demandes de prestations, les affiliés n'ont aucun document à transmettre à la **MUTUELLE 403**.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie envoient directement à la **MUTUELLE 403** l'image informatique du décompte afin que ses services puissent procéder à la liquidation de la prestation complémentaire et ce, quasi simultanément à celle du régime de base.

Pour les assurés ne bénéficiant pas du système NOEMIE, le remboursement s'effectue sur présentation de l'original du décompte du régime de base et si nécessaire de justificatifs supplémentaires (factures...).

• DES DELAIS DE REMBOURSEMENTS

- Si NOEMIE activée : 48 h en moyenne et 5 jours ouvrés maximum lorsque le remboursement nécessite le traitement de pièces justificatives.
- Si NOEMIE n'est pas activée : 4 jours ouvrés maximum.

• UN FONDS SOCIAL

La **MUTUELLE 403** dispose d'un fonds social destiné à secourir les adhérents en grande difficulté. Une commission d'action se réunit chaque mois pour examiner les dossiers et attribuer les aides.

Un dossier, portant sur la nature de la demande, les possibilités financières et les ressources de l'adhérent, est à compléter.

• LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE

La **MUTUELLE 403** est présente sur le terrain de la prévention et la promotion de la santé. Elle agit en partenariat avec les Unions Départementales.

Des actions sont réalisées en fonction des besoins régionaux ou locaux, en associant les publics concernés et d'autres acteurs de la santé.

Des actions spécifiques peuvent être mises en place à la demande d'entreprises, d'associations...

• DES INFORMATIONS...

REVUE 403 LE MAGAZINE

La **MUTUELLE 403** adresse trimestriellement à ses adhérents la revue **403 LE MAGAZINE** afin de les informer sur la vie de la mutuelle, l'activité sociale, la santé, la prévention...

SITE INTERNET

Le site Internet de la **MUTUELLE 403** : www.mutuelle403.fr propose des informations sur la mutuelle (ses différents contrats, ses services...) ainsi que sur l'actualité sociale.

L'*Espace Adhérent* permet à l'adhérent de connaître sa garantie, de suivre, pour lui et sa famille, le remboursement de ses prestations, d'écrire à la **MUTUELLE 403**. Il peut également s'abonner gratuitement au service d'envoi des prestations par mail.