



NOTICE D'INFORMATION 2022

ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE



Siège :

16 rue René Goscinny - CS 20000 - 16013 ANGOULÊME Cedex
Tél. 05 45 20 51 20 - contact@mutuelle403.fr

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



1. OBJET DU CONTRAT

ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE a souscrit auprès de la **MUTUELLE 403** un contrat collectif à adhésion facultative pour ses membres et leurs ayants droit éventuels, couvrant la garantie « frais de santé ». Ce contrat, est régi par le Code de la Mutualité et relève des branches d'agrément 1 et 2 « Accidents et Maladie » prévues à l'article R. 321-1 du Code des assurances.

La notice d'information est applicable à compter du **01/01/2022**.

Ce contrat à adhésion facultative répond aux critères des contrats responsables, résultant de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ouvre donc droit au régime fiscal de faveur.

La présente notice d'information établie par la **MUTUELLE 403** en application de l'article L.221-6 du Code de la Mutualité a pour objet de vous préciser les garanties dont vous bénéficiez, les modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de résiliation du risque.

Lorsque des modifications seront apportées à vos droits et obligations, vous en serez informés par la remise d'une nouvelle notice d'information établie à cet effet.

2. BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires du contrat sont **les membres de ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**, et le cas échéant :

- leur conjoint, concubin ou pacsé ;
- leurs enfants ou ceux de leur conjoint, jusqu'à 25 ans sans condition.

3. PRISE D'EFFET DES GARANTIES DES MEMBRES DE ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE

A la mise en place du contrat, la prise d'effet des garanties est **immédiate** pour l'ensemble des membres de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**, sous réserve, le cas échéant, du financement de la première cotisation.

Les membres de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** qui n'ont pas demandé leur adhésion au moment de la souscription du contrat groupe, mais qui voudraient ultérieurement y adhérer, devront effectuer les temps de stages précisés ci-dessous, sauf dérogation commerciale exceptionnelle ou s'ils présentent une preuve de précédente couverture frais de santé souscrite au sein d'une mutuelle adhérente à la FNMF pour des garanties équivalentes :

- 3 mois : Prestations chirurgie (hors Ticket Modérateur - TM - pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Prestations maladie (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Hospitalisation (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Chambre Particulière ;
- 3 mois : Forfait Journalier Hospitalier (hors contrats responsables) ;
- 3 mois : Soins dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 6 mois : Prothèses dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 6 mois : Optique, Orthopédie, Acoustique (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 1 an : Forfait naissance ;
- 1 an : Allocation obsèques ;
- 1 an : Cure.

En cas de changement de garantie à la hausse, les délais de stage sont applicables.

En cas de changement de garantie à la baisse, les délais de stage ne sont pas applicables.

Les conditions d'application de l'option facultative sont prévues à l'article 11.

ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE ne précomptant pas la cotisation, ladite cotisation, supportée intégralement par l'adhérent, sera prélevée par la **MUTUELLE 403** sur le compte bancaire de celui-ci.

Lorsque dans le cadre de cette opération **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** n'assure par le précompte des cotisations, l'adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe bénéficiant de ladite option et redevable des frais de mise en demeure d'un montant de 10 euros.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai précisé ci-dessus, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement, des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

4. PRISE D'EFFET DES GARANTIES DES AYANTS DROIT

A la mise en place du contrat, la prise d'effet de la garantie est immédiate pour les ayants droit inscrits au même moment que les membres de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**. Toute modification dans la liste nominative des ayants droit doit être déclarée à la **MUTUELLE 403** par **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** dès que celui-ci en a connaissance.

- **Mariage ou Concubinage – Signataire du PACS**

Si l'affiliation du conjoint ou du concubin ou du signataire du PACS est effectuée dans les 30 jours suivant le mariage ou la délivrance de l'attestation de concubinage ou la signature du PACS, la garantie est effective le 1^{er} jour du mois qui suit la demande, et ce sans application de délais de stage. Au-delà des 30 jours suivant le mariage ou la délivrance de l'attestation de concubinage ou la signature du PACS, la prise d'effet sera effective au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Dans ce cas, les délais de stage indiqués ci-dessous seront appliqués pour bénéficier des prestations, sauf si le membre n'ayant pas demandé l'adhésion de son ayant droit au moment de son changement de situation personnelle présente une preuve d'une précédente couverture frais de santé souscrite au sein d'une mutuelle adhérente à la FNMF pour des garanties équivalentes.

- **Naissance**

La demande d'affiliation doit être effectuée dans les 30 jours qui suivent la naissance ou la notification de l'adoption plénière, pour que les enfants soient pris en charge immédiatement.

Dans l'hypothèse où la naissance a lieu entre le 1^{er} et le 15 du mois, la cotisation du mois d'affiliation du nouvel ayant droit est due. Dans l'hypothèse où la naissance a lieu entre le 16 et le 31 du mois, aucune cotisation ne sera demandée au titre du mois d'affiliation. Passé le délai précité de 30 jours, les délais de stage indiqués ci-dessous seront appliqués pour bénéficier des prestations.

- **Adjonction d'un ayant-droit en dehors des situations précitées**

La prise en charge sera effective immédiatement dans l'hypothèse où l'affiliation de l'ayant droit a lieu en même temps que le membre participant. Dans le cas contraire, la prise en charge effective de l'ayant droit sera réalisée le premier jour du mois qui suit la demande, avec application de délais de stage pour les ayants droit dans l'incapacité de présenter une preuve d'une précédente couverture frais de santé souscrite au sein d'une mutuelle adhérente à la FNMF pour des garanties équivalentes. Dans ce dernier cas, les délais de stage indiqués ci-dessous seront appliqués pour bénéficier des prestations.

- **Matérialisation de l'affiliation d'un ayant droit**

L'affiliation est enregistrée dès lors que **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** aura remis à la **MUTUELLE 403** un bulletin d'affiliation complété, daté, signé et validé par ses soins. Il doit être accompagné de l'attestation du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie d'appartenance et, suivant le cas, du certificat de mariage ou de la copie du livret de famille, d'un extrait d'acte de naissance, de l'acte de notification d'adoption plénière ou de la déclaration sur l'honneur du concubinage ou copie d'un Pacte Civil de Solidarité.

Les délais de stage précités à respecter sont les suivants :

- 3 mois : Prestations chirurgie (hors Ticket Modérateur - TM - pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Prestations maladie (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Hospitalisation (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Chambre Particulière ;
- 3 mois : Forfait Journalier Hospitalier (hors contrats responsables) ;
- 3 mois : Soins dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 6 mois : Prothèses dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 6 mois : Optique, Orthopédie, Acoustique (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 1 an : Forfait naissance ;
- 1 an : Allocation obsèques ;
- 1 an : Cure.

5. CESSATION DE L’AFFILIATION DU MEMBRE DE ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE ET DES AYANTS DROIT

5.1 Cessation de l’affiliation du membre participant

Le terme de l’adhésion au présent contrat intervient pour le membre participant :

- Au jour où le membre participant ne fait plus partie de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** ;
- A la date d’effet de la résiliation du contrat par la **MUTUELLE 403** ou par **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** ;
- A la demande du membre participant auprès de la **MUTUELLE 403**, au 31 décembre de chaque année moyennant un préavis de deux mois. La demande de résiliation peut aussi intervenir à tout moment à l’issue de la première année d’adhésion de l’ayant droit, sans frais ni pénalités, sans qu’il soit nécessaire d’en préciser le motif. La notification de cette demande pourra se faire :
 - soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - soit par déclaration faite au siège social ou à l’une des agences de la **MUTUELLE 403** ;
 - soit par acte extrajudiciaire ;
 - soit par le même mode de communication à distance que celui proposé par la **MUTUELLE 403** pour l’adhésion de l’ayant droit.

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.

Le membre participant n’est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu’à la date d’effet de la dénonciation ou de la résiliation. La **MUTUELLE 403** est tenue de rembourser le solde au membre participant dans un délai de trente jours à compter de la date d’effet de la dénonciation ou de la résiliation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l’intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal ;

- A la radiation du contrat par la **MUTUELLE 403** en cas de non-paiement par **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**.

A défaut de paiement d’une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la **MUTUELLE 403** d’appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** et de poursuivre en justice l’exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**.

Dans la lettre de mise en demeure qu’elle adresse à **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**, la **MUTUELLE 403** l’informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d’entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu’à l’expiration du délai prévu précédemment le défaut de paiement de la cotisation par

ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat groupe, sauf s'il entreprend de se substituer à celui-ci pour le paiement des cotisations. La **MUTUELLE 403** a le droit de résilier le contrat groupe dix jours après le délai de trente jours précédemment mentionné. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement ;

- A la radiation de l'adhésion du membre participant par la **MUTUELLE 403** en cas de non-paiement. A défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la **MUTUELLE 403** d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive du membre participant et de poursuivre en justice l'exécution de l'adhésion, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au membre, la **MUTUELLE 403** l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. La **MUTUELLE 403** a le droit de résilier l'adhésion dix jours après le délai de trente jours précédemment mentionné. L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la **MUTUELLE 403** les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement ;
- En cas de changement de situation impliquant une affiliation à un contrat collectif obligatoire, sur présentation d'un justificatif. Elle prend alors effet au 1^{er} jour du mois civil suivant l'information relative au changement de statut réceptionné par la **MUTUELLE 403** ;
- En cas de décès, à la fin du mois où l'évènement est survenu.

5.2 Cessation de l'affiliation de l'ayant droit

La cessation de l'affiliation de l'ayant droit entraînant la fin des garanties intervient :

- lorsque le membre participant cesse d'être couvert par le contrat ;
- lorsqu'il n'entre plus dans la définition telle que visée à l'article 2 de la présente notice ou lorsqu'il doit être affilié à un contrat collectif obligatoire. Elle prend alors effet au 1^{er} jour du mois civil suivant l'information relative au changement de statut réceptionné par la **MUTUELLE 403** ;
- lorsqu'il ne remplit plus les critères de maintien tels que prévus aux conditions particulières du contrat (âge...). Elle prend alors effet au 31 décembre de l'année en cours ;
- lorsqu'il adresse à la **MUTUELLE 403** une demande de résiliation au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis de deux mois ;
- en cas de non-paiement par le membre participant de la cotisation de son ayant droit dans les dix jours de son échéance. L'ayant droit sera exclu du contrat et le membre participant redevable des frais de mise en demeure d'un montant de 10 euros. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai précité, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion des garanties définies au présent contrat groupe pour son ayant droit. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations ;
- en cas de décès, à la fin du mois où l'évènement est survenu.

6. FORMALITÉS À RESPECTER

- **Affiliation d'un membre de ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**

Un bulletin d'affiliation doit être complété, daté et signé par le membre de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** accompagné d'un document justifiant de son statut de membre de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**.

Il doit être accompagné de la photocopie de l'attestation de Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et d'un mandat de prélèvement.

- **Affiliation d'un ayant droit**

Un bulletin d'affiliation doit être complété, daté et signé par le membre de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** puis validé par **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**.

Il doit être accompagné de la photocopie de l'attestation de Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et d'un mandat de prélèvement.

Justificatifs à fournir :

- Mariage ou concubinage ou signature du PACS,
 - un certificat de mariage ou attestation de concubinage ou copie du PACS.
 - Naissance ou adoption,
 - un bulletin de naissance ou un justificatif d'adoption plénière.
- **Changement de régime obligatoire**
 - une photocopie de l'attestation de Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.
 - **Changement d'adresse**
 - un justificatif de domicile.
 - **Changement de compte bancaire**
 - un relevé d'identité bancaire ou postal.
 - **Radiation**

La radiation est enregistrée sur présentation d'une demande de radiation établie par **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**, accompagnée des cartes de mutuelle et éventuels justificatifs.

7. CARTES D'ADHÉRENT – TIERS PAYANT

Les cartes d'adhérent, qui attestent des droits de celui-ci, sont adressées annuellement ou semestriellement directement à l'adhérent ou à **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** selon le choix effectué par ce dernier.

Elles sont à conserver avec celle d'assuré social pour toutes démarches en cas d'hospitalisation.

En dehors du cas où la loi prévoit une dispense d'avance des frais, ces cartes permettent également, en fonction des accords conclus par la **MUTUELLE 403** avec les Professionnels de Santé, et/ou si les Professionnels de Santé l'acceptent, de bénéficier de la dispense d'avance de frais appelée « Tiers Payant » auprès notamment des Pharmacies, Laboratoires d'Analyses Médicales, Cabinets de Radiologie et des Centres d'Optique, d'Acoustique et Dentaires.

Ces cartes sont strictement personnelles et ne peuvent être utilisées que si les cotisations de la période de couverture sont effectivement réglées.

Sachez que certains praticiens (généralistes, spécialistes, cliniques...) ne pratiquent pas le tiers-payant. Dans ce cas, vous devrez faire l'avance des frais. La Sécurité Sociale et la Mutuelle effectueront par la suite le remboursement.

Les remboursements complémentaires de soins par la **MUTUELLE 403** sont tous automatisés grâce à la procédure Noémie (service de liaisons électroniques entre la Sécurité Sociale et la **MUTUELLE 403**), dès lors que vous avez remis lors de votre embauche une copie de votre attestation de carte vitale.

Grâce à cette procédure, il n'y a plus de décompte de la Sécurité Sociale à transmettre à la **MUTUELLE 403**.

Même avec la procédure de tiers-payant, certains justificatifs peuvent être demandés par la **MUTUELLE 403** comme des factures acquittées (hôpitaux, cliniques), notes d'honoraires. Veillez donc bien à les conserver.

Au terme de leur affiliation :

- le membre de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** et ses éventuels ayants droit ne doivent plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé et doivent retourner leurs cartes de tiers payant aux services gestionnaires de la **MUTUELLE 403** ;
- dans l'hypothèse où le membre de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leurs cartes de tiers payant, la **MUTUELLE 403** est fondée à exiger d'eux le remboursement des sommes indûment avancées, ou à précompter ces sommes sur d'autres prestations dues par la **MUTUELLE 403**.

8. PRESTATIONS

Les prestations versées interviennent en complément des remboursements des Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie.

Les remboursements ne pourront excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

La prise en charge des prestations est effectuée sous réserve que les droits soient ouverts à la date des soins.

Seuls, sont pris en charge les frais médicaux et d'hospitalisation dont la date de début des soins est postérieure à la date d'affiliation du **membre participant** et de ses ayants droit éventuels au contrat.

Les frais non pris en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf exceptions prévues aux tableaux de garanties.

Toute couverture mise en œuvre au titre du contrat respecte les obligations (notamment les planchers, plafonds et interdictions de prise en charge) résultant des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses décrets d'application (contrat responsable). Il est précisé :

- que les garanties prennent en charge :
 - l'intégralité de la participation des assurés (ticket modérateur), dans les conditions définies à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale ;
 - le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 dudit code dans son intégralité. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- que le contrat s'adaptera aux modifications des obligations et interdictions de prise en charge nées des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale.

En cas de soins dispensés à l'étranger, les garanties du contrat s'exercent pour chaque bénéficiaire uniquement en complément d'une prise en charge par un régime de base d'assurance maladie français ou en complément d'une prise en charge par la caisse des français de l'étranger.

- **Dispositions spécifiques aux équipements du panier de soins 100% santé**

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

- en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la LPP ;
- pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

- **Dispositions spécifiques en matière de dépassement d'honoraires médicaux, d'équipements d'optique médicale et d'aides auditives autres que 100% santé**

Les garanties du contrat peuvent prévoir, dans les limites présentées ci-dessous, une prise en charge des dépenses de santé de l'assuré au-delà du ticket modérateur lorsque les honoraires, les tarifs ou les prix de vente excèdent le tarif de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co) prévu par la convention nationale médicale, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée et couverts par une garantie du contrat. Le contrat peut prévoir que seuls les dépassements d'honoraires facturés au titre de certains actes techniques et cliniques fassent l'objet d'une prise en charge. Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui sera retenue est celle du tarif d'autorité.

Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale médicale ne fait en revanche pas l'objet d'un plafonnement. S'il n'existe pas de limite prévue par le contrat pour la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, seule la première limite (100% du tarif opposable) s'appliquera à la prise en charge des dépassements pratiqués par les médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Equipements d'optique médicale autres que 100% santé :

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de verres soumis au remboursement de classe B (autres que 100% santé), alors des planchers et des plafonds doivent être respectés par le contrat.

Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente. Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optiques, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global. Ils n'incluent pas les tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur réalisée par l'opticien.

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Aides auditives autres que 100% santé :

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement (autres que 100% santé), alors le contrat doit respecter un plafond de prise en charge indiqué dans le tableau de garanties.

Le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

- **Périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé**

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties du contrat ne prévoient qu'une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées par la réglementation, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et une monture) justifié par une évolution de la vue.

Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La **MUTUELLE 403** doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle par l'assuré concerné. Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- **Périodicité de renouvellement des aides auditives du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé**

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive à l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Ces dispositions s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

- **Chambre particulière**

La **MUTUELLE 403** prend en charge le supplément « chambre particulière » dans les limites (durée et montant) fixées par la garantie souscrite par **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**.

Le remboursement des frais relatifs à la « chambre particulière » est effectué soit à l'établissement dans le cas d'une délivrance de prise en charge, soit à l'adhérent sur présentation d'une facture acquittée.

La prise en charge de la chambre particulière est exclue pour les séjours en maisons d'enfants spécialisées et établissements climatiques pour enfants et adolescents, en centres pour handicapés enfants et adultes (IME, CAT, ...), en maisons de régime et de diététique, en centres de post-cure pour

alcooliques et toxicomanes, et les séjours en maisons ou services de repos et de convalescence ne faisant pas suite à une hospitalisation médicale ou chirurgicale.

La **MUTUELLE 403** n'intervient pas dans le remboursement des frais de « chambre particulière » selon la législation en vigueur dans les cas suivants :

1. si l'admission du malade en chambre particulière est faite en dehors de sa volonté et de celle de sa famille (manque de place, ...) ;
2. si l'isolement est imposé par la gravité de l'intervention ou par l'état du malade, s'il est demandé par le chirurgien, ou si cette admission fait suite à la survenance d'une maladie contagieuse au cours de l'hospitalisation.

- **Cure thermale**

La **MUTUELLE 403** peut rembourser le ticket modérateur des actes suivants accomplis au cours d'une cure thermale : honoraires de surveillance, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport.

La **MUTUELLE 403** peut verser un forfait pour les dépenses directement liées à une cure thermale (soins thermaux et/ou frais d'hébergement et/ou frais de transport) prise en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie selon la garantie souscrite par l'adhérent et dans la limite des frais réellement engagés.

- **Forfait patient urgences**

A compter du 1^{er} janvier 2022, un forfait patient urgences sera facturé aux adhérents en cas de passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé autorisée non suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement. Son montant est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Son montant peut être réduit ou supprimé conformément aux cas prévus par la réglementation.

- **Matériel médical**

Cette garantie peut couvrir l'ensemble des produits, matériels et aides techniques inscrits à la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité Sociale, notamment les chaussures thérapeutiques et le matériel de maintien à domicile et d'aide à la vie pour les personnes handicapées. La prise en charge dépend de ce qui figure au tableau de garanties opposable à l'adhérent. Les prothèses mammaires ou capillaires sont couvertes uniquement si ce tableau prévoit une ligne spécifique. La prise en charge des appareillages en lien avec les postes optiques, dentaires et audioprothèses est exclue. Le remboursement des dépassements tarifaires concernant l'achat d'un véhicule pour handicapé physique, tel qu'inscrit au titre IV de la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité Sociale, est également exclu sauf si le tableau de garanties opposable à l'adhérent le prévoit expressément.

- **Frais d'accompagnant**

Pour toute hospitalisation d'un adhérent ayant droit de l'adhérent, une participation pour frais d'accompagnement peut être versée dans les conditions prévues à la garantie choisie par l'adhérent et dans la limite des frais engagés.

Cette participation est versée sur présentation d'une facture acquittée justifiant la dépense.

- **Franchise de 24 €**

Pour tous les actes égaux ou supérieurs à 120 euros, la **MUTUELLE 403** prend en charge la participation de l'assuré de 24 € appliquée en médecine de ville sur les factures d'honoraires, et à l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation dans un établissement de santé ainsi que les soins externes.

- **Forfait naissance**

La naissance d'un enfant né viable dont le parent est membre participant de la **MUTUELLE 403** ayant accompli les délais de stage, donne lieu au versement d'un forfait dont le montant est déterminé par la garantie souscrite par l'adhérent.

Par extension, le même forfait est versé en cas d'adoption d'un enfant de moins de 16 ans.

En cas de naissance gémellaire ou plurigémellaire, il sera versé autant de forfaits que d'enfants nés viables.

Le versement de ce forfait est effectué sur présentation d'un bulletin de naissance ou d'un bulletin de décès portant la mention « né présentement sans vie » ou « mort-né », et en cas d'adoption, sur production d'un certificat d'adoption plénière.

- **Allocation aux frais d'obsèques**

Elle a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais d'obsèques à concurrence du montant fixé au tableau des garanties.

Pour le versement de cette prestation, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations au moment du décès.

Le remboursement des frais d'obsèques est attribué sur justificatif à toute personne ayant supporté ces frais dans la limite du forfait précisé au tableau de garanties et des frais réels engagés.

9. ABSENCE DE PRISE EN CHARGE

N'entrent pas dans le cadre des remboursements accordés par la MUTUELLE 403 :

- la participation forfaitaire prévue au paragraphe 2 de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale ;
- les franchises sur les boîtes de médicaments, sur les actes paramédicaux et sur les transports ;
- la majoration de participation mise à la charge des assurés par l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;
- les dépassements d'honoraires des médecins dans le cadre du non-respect du parcours de soins ;
- les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- les actes non pris en charge par les Régimes Obligatoires, à l'exception toutefois des prothèses dentaires, optique ou autres actes dans la limite des prestations définies pour chaque garantie ;
- tous les frais pharmaceutiques dont le remboursement, par le Régime Obligatoire est inférieur à 15 % ;
- les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie.

10. PAIEMENT DES PRESTATIONS SANTÉ

Les prestations santé, répertoriées dans le tableau de garanties annexé à la présente notice et mis à disposition sur l'espace adhérent, sont versées pour le **membre participant et ses ayants droit** par virement direct sur le compte bancaire du **membre participant**.

Les remboursements ne peuvent excéder le montant des frais réglés à la charge de l'assuré après participation du Régime Obligatoire.

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

Si l'adhérent bénéficie d'une première complémentaire santé, les originaux des décomptes de remboursement de cet organisme doivent être transmis, accompagnés des décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la **MUTUELLE 403**, ou un autre organisme assureur, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées ou supérieur au plafond de garanties imposé par la réglementation relative aux contrats responsables, les prestations servies par la **MUTUELLE 403** seraient réduites à due concurrence.

L'adhérent recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la **MUTUELLE 403**, sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Pour percevoir ses prestations, et en dehors des règlements directs par la **MUTUELLE 403** aux Professionnels de Santé signataires de conventions de tiers payant, l'adhérent doit produire :

- si la télétransmission est active, les éventuels originaux ou copies dématérialisées des documents nécessaires au remboursement des prestations ;
- si la télétransmission est inactive, tous les documents en version originale : les décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie, factures ; ...
- toutes les pièces justifiant des frais réels (notes d'honoraires, factures optique, factures du chirurgien-dentiste ou prothésiste, factures de frais d'obsèques...) sur demande de la **MUTUELLE 403**.

La **MUTUELLE 403** peut demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application des garanties.

Tout échange écrit entre l'Adhérent et la **MUTUELLE 403** doit faire l'objet d'un minimum d'informations afin que soit authentifié l'identité du demandeur. Par conséquent, il sera demandé à l'Adhérent de renseigner son nom, son prénom et son numéro d'adhérent dans les courriers ou les mails adressés aux services de la **MUTUELLE 403**.

L'adresse mail pour communiquer les devis, demandes de prise en charge ou factures est : **prestations@mutuelle403.fr**

Au cas où l'adhérent aurait perçu indûment des prestations de la **MUTUELLE 403** et pour quelque cause que ce soit, celui-ci s'engage à acquitter la dette dont il est personnellement redevable.

11. REGLES RELATIVES AU CHANGEMENT DE GARANTIES

L'adhérent choisit une garantie au moment de son adhésion. Cette garantie s'applique de la même manière à tous ses ayants droit.

Le changement de garantie pourra s'effectuer au 1^{er} janvier de chaque année. Lorsque le changement de garantie est prévu dans le cadre d'une adhésion à un bloc de prestations supérieures, des délais de stage seront appliqués tel que prévu à l'article 3 de la présente notice.

Le retour à une garantie inférieure ne pourra se faire qu'après deux ans d'adhésion dans une même garantie, à moins de justifier que certaines circonstances économiques imposent à l'adhérent de procéder à cette demande de modification.

12. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'OPTION FACULTATIVE

ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE peut choisir de mettre en place soit une garantie de base ; soit une garantie de base avec option(s) facultative(s) en fonction du nombre de membres appartenant à **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** (tableau(x) OPTION).

Aucun délai de stage ne sera appliqué si l'adhérent choisit de souscrire une option facultative :

- à la date d'entrée en vigueur du contrat dans **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** ou à la date de l'avenant au contrat prévoyant la mise en place d'une option facultative ;
- à la date d'entrée dans **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**.

Toute demande de souscription initiale d'une option facultative en dehors des cas précités ; ou de changement d'option pour celle d'un niveau supérieur, ne pourra se faire qu'au 1^{er} jour du mois suivant la demande du membre participant.

Des délais de stage seront appliqués comme suit :

- 3 mois : Prestations chirurgie (hors Ticket Modérateur - TM - pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Prestations maladie (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Hospitalisation (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 3 mois : Chambre Particulière ;
- 3 mois : Forfait Journalier Hospitalier (hors contrats responsables) ;

- 3 mois : Soins dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 6 mois : Prothèses dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 6 mois : Optique, Orthopédie, Acoustique (hors TM pour les contrats responsables) ;
- 1 an : Forfait Naissance ;
- 1 an : Allocation obsèques ;
- 1 an : Cure.

En cas de choix d'une option facultative par l'adhérent, celle-ci s'applique obligatoirement à tous les ayants droit couverts. Les délais de stage applicables à l'adhérent tels que précisés ci-dessus leur sont également applicables.

Le choix d'une option d'un niveau inférieur ou le retour à la garantie de base ne sera accepté qu'une seule fois.

Dans tous les cas, la prise d'une option (quel que soit son niveau) vaut pour une durée minimum de 2 ans à compter de la date de sa souscription. Il ne peut être dérogé à cette disposition que si l'adhérent établit que des circonstances particulières notamment économiques (baisse de revenus, chômage partiel ou total, etc.) lui imposent de procéder à cette modification.

ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE ne précomptant pas la cotisation de l'option facultative, ladite cotisation, supportée intégralement par l'adhérent, sera prélevée par **la MUTUELLE 403** sur le compte bancaire de celui-ci. Un appel de cotisations individuel sera adressé au domicile de l'adhérent.

Lorsque dans le cadre de cette opération facultative, **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** n'assure pas le précompte des cotisations, l'adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe bénéficiant de ladite option facultative et redevable des frais de mise en demeure d'un montant de 10 euros.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai précisé ci-dessus, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties facultatives définies au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire l'obstacle, le cas échéant, au versement des prestations exquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

13. CALCUL DE LA COTISATION

A la demande de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**, la cotisation des nouveaux membres participants peut être calculée au prorata de la date d'entrée. A défaut, la cotisation du mois complet sera demandée.

Pour les adjonctions d'ayants droit, la cotisation du mois complet sera systématiquement demandée.

14. APPEL DE COTISATIONS

Un avis d'appel de cotisations est établi par la **MUTUELLE 403** et transmis annuellement ou semestriellement aux membres de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**.

En cours de période et en cas de mouvement des membres, un appel de cotisations modificatif est adressé par la **MUTUELLE 403** au membre participant.

15. ACTION SOCIALE

Dans le domaine de l'Action Sociale, le Conseil d'Administration de la **MUTUELLE 403** délègue ses pouvoirs à une « Commission d'Action Sociale » constituée de 3 membres nommés parmi les Membres du Conseil d'Administration lors de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale.

Cette Commission a notamment pour vocation d'accorder des secours exceptionnels mais elle peut également examiner et statuer sur les demandes formulées par les adhérents au sujet des décisions prises par la **MUTUELLE 403** en matière de prestations ou de cotisations.

• Secours exceptionnels

Les secours ayant un caractère exceptionnel, peuvent être accordés par la Commission d'Action Sociale aux membres participants et à leur famille dès lors qu'ils se trouvent dans une situation de difficulté avérée et qu'ils ont expressément saisi la **MUTUELLE 403**.

Ces secours sont prélevés sur une somme spéciale déterminée chaque année par l'Assemblée Générale.

L'intervention éventuelle de la **MUTUELLE 403**, au titre de ces secours exceptionnels, ne peut avoir lieu qu'après épuisement de toutes les voies de recours offertes par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie ou tout autre organisme pouvant intervenir dans ce domaine et sous réserve du respect de la procédure définie ci-après.

La demande d'aide au titre des secours exceptionnels doit être transmise à la **MUTUELLE 403** sous pli confidentiel accompagnée des documents suivants :

- lettre exposant les motifs de la demande ;
- toute justification des dépenses engagées et restant à la charge de l'intéressé (décomptes, factures, etc.) ;
- déclaration de la situation en cours (charges, revenus familiaux, etc.) ;
- avis d'imposition ou de non-imposition ;
- décision de tous les organismes accordant ou non une indemnisation partielle.

La participation éventuelle de la **MUTUELLE 403** ne peut être versée qu'après paiement de toutes les aides accordées et dans la limite des frais réels engagés par l'adhérent.

En cas de situation présentant un caractère d'urgence, la **MUTUELLE 403** peut déroger à sa règle de principe en matière d'intervention et attribuer un secours exceptionnel à un adhérent sans que toutes les voies de recours n'aient été épuisées ou que toutes les aides extérieures à la **MUTUELLE 403** n'aient été accordées.

• Aides ménagères

Pour les adhérents qui ne peuvent bénéficier des services d'assistance, de l'aide aux personnes âgées ou d'une aide familiale, la Commission d'Action Sociale de la **MUTUELLE 403** peut attribuer des heures d'aide-ménagère.

Quand elle est accordée, cette aide s'exerce dans la limite d'un maximum de 6 heures pendant les 10 jours ouvrés faisant suite à une hospitalisation prise en charge par la **MUTUELLE 403**.

Pour bénéficier de cette aide éventuelle, l'adhérent s'engage à fournir à la **MUTUELLE 403** tous documents et/ou tous justificatifs nécessaires à sa demande.

Ces aides sont accordées sur un budget spécifique fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

• Prévention

Chaque année l'Assemblée Générale fixe le montant du budget affecté à des actions de prévention.

Notamment, dans le cadre des campagnes de vaccination antigrippale organisées par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie, l'Assemblée Générale de la **MUTUELLE 403** décide, chaque année, de la prise en charge ou non de tout ou partie du vaccin contre la grippe. Elle en détermine les catégories de bénéficiaires ainsi que le montant de la participation de la **MUTUELLE 403**.

Cette participation est versée à l'adhérent sur présentation d'une facture acquittée.

16. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la **MUTUELLE 403** ou l'union en a eu connaissance ;
2. en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**, du membre de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la **MUTUELLE 403** a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la **MUTUELLE 403** à **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**, au membre de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** ou à l'ayant-droit, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le bénéficiaire ou l'ayant droit à la **MUTUELLE 403**, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont les suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code Civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (Article 2244 du Code Civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ; Cependant l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code Civil).
- l'interpellation fait au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code Civil) ; Cependant l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code Civil).
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code Civil).

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarant que la médiation est terminée.

17. CONSÉQUENCES DE LA RADIATION

En cas de radiation, les soins postérieurs à la date de radiation ne sont pas pris en charge.

En conséquence, les garanties dont bénéficiaient les **membres de ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** affiliés et leurs ayants droit au titre du contrat collectif prennent fin au jour du terme de l'adhésion.

18. SUBROGATION

La **MUTUELLE 403** est subrogée dans les conditions prévues à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité et jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées, dans les droits et actions des membres participant et de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La **MUTUELLE 403** ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la **MUTUELLE 403** n'indemnisent ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

La **MUTUELLE 403** est subrogée de plein droit à ses adhérents pour le règlement des prestations afférentes aux dossiers de ces derniers au regard des Organismes d'Assurance Maladie dont ils dépendent.

Dans le cas où la **MUTUELLE 403** ne pourrait obtenir du régime d'obligation, le remboursement de sa part dans les frais engagés au motif que l'intéressé n'a pas ou n'a plus droit aux prestations, l'adhérent est tenu de rembourser à la **MUTUELLE 403** le montant des sommes qu'elle aurait dû percevoir du régime légal.

19. ACCIDENTS

Pour les soins et les interventions consécutifs à un accident, non exclus, la garantie de la **MUTUELLE 403** intervient selon les modalités suivantes :

a) Déclaration des accidents

L'adhérent doit, sous peine de déchéance et sauf cas de force majeure, faire à la **MUTUELLE 403** dans les 48 heures suivant l'accident, une déclaration sur l'honneur indiquant :

1. les causes, le lieu et les circonstances dans lesquels l'accident s'est produit ;
2. le nom des témoins ;
3. éventuellement les noms et adresses du tiers responsable et de la Compagnie d'Assurances qui garantit la responsabilité de ce tiers ;
4. l'indication précise du Commissariat ou de la Brigade de Gendarmerie qui a procédé aux constatations et effectué l'enquête.

La prise en charge est expressément conditionnée par cette déclaration qui ne dispense nullement des formalités habituelles à accomplir en cas d'intervention chirurgicale ordinaire.

b) Accident de droit commun

1. en cas d'opération consécutive à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la **MUTUELLE 403** n'intervient dans la limite des garanties prévues dans la présente notice d'information ;
2. en cas d'accident dont la responsabilité n'est pas contestée par le tiers responsable, la **MUTUELLE 403** ne supportera aucun frais, mais elle peut toutefois, conformément aux dispositions prévues à l'article précédent se subroger de plein droit au membre participant ;
3. en cas de responsabilité contestée par le tiers, l'adhérent doit apporter la preuve qu'il a engagé à l'encontre du tiers ou de l'assureur substitué une action judiciaire civile ou pénale en vue de faire connaître son droit à réparation.

La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou à défaut, par une pièce délivrée par le greffier.

La **MUTUELLE 403** accorde alors sa prise en charge mais par application des dispositions concernant la subrogation, elle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

En conséquence, dans le cas où la **MUTUELLE 403**, en vertu d'une convention de tiers payant, serait amenée à régler pour le compte de son adhérent tout ou partie des frais médicaux et chirurgicaux, ce règlement fait à titre d'avance constituerait au profit de la **MUTUELLE 403** une créance que l'adhérent serait tenu de rembourser.

En cas d'accident quel qu'il soit, l'adhérent doit informer la **MUTUELLE 403** de toute instance engagée, pénale ou civile, ainsi que de ses intentions, et ce, sous peine de nullité.

De même, l'adhérent doit informer la **MUTUELLE 403** de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la **MUTUELLE 403** qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

20. INFORMATION AUPRÈS DES ADHÉRENTS – RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

- **Réclamations**

La réclamation est l'expression écrite (courrier ou e-mail) ou orale (appel téléphonique ou présentiel), formulée par un adhérent, pour manifester un mécontentement lorsque les demandes formulées auprès de son interlocuteur habituel de la **MUTUELLE 403** ne lui ont pas apporté satisfaction.

Les demandes de service ou de prestation, les demandes d'information, de clarification ou d'avis ne sont pas considérées comme des déclarations actant le mécontentement d'un adhérent au titre d'une réclamation.

Toute réclamation doit être formulée dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui y a donné naissance.

a) Demande initiale

Dans l'hypothèse où l'interlocuteur habituel de la **MUTUELLE 403** ne parvient pas à apporter satisfaction à l'adhérent, la demande initiale devra être transférée au Service Relation Clientèle qui apportera son expertise dans la réponse adressée.

La demande initiale peut être adressée :

- soit par courrier à l'adresse suivante : **MUTUELLE 403** - Service relation clientèle, 16 rue René Goscinny – CS 20000 – 16013 ANGOULÈME Cedex ;
- soit par téléphone en composant le numéro 05 45 20 51 20 ;
- soit par l'intermédiaire du site internet de la **MUTUELLE 403** à l'onglet Contact / Contactez-nous ;
- soit par mail, à l'adresse : contact@mutuelle403.fr.

En cas de demande initiale par appel téléphonique, si le conseiller ne peut répondre à la demande, il transmet automatiquement celle-ci au service relation clientèle pour expertise et en avise l'intéressé.

En cas de demande initiale par courrier ou par e-mail, le dossier est examiné dans les plus brefs délais par l'interlocuteur habituel et est transmis au service relation clientèle pour expertise le cas échéant.

b) Traitement de niveau 1

Le traitement de la réclamation de niveau 1 n'est prise en charge que si elle a fait l'objet d'une demande initiale.

La réclamation de niveau 1 peut être adressée :

- soit par l'intermédiaire de l'interlocuteur habituel ;
- soit par courrier à l'adresse suivante : **MUTUELLE 403** - Service relation clientèle, 16 rue René Goscinny – CS 20000 – 16013 ANGOULÈME Cedex ;
- soit par téléphone en composant le numéro 05 45 20 51 20 ;
- soit par l'intermédiaire du site internet de la **MUTUELLE 403** à l'onglet Contact / Contactez-nous ;
- soit par mail, à l'adresse : contact@mutuelle403.fr.

Le service relation clientèle en charge de cette réclamation s'engage à répondre dans les plus brefs délais et si une réponse ne peut être apportée dans un délai de dix jours qui suit la transmission de la réclamation au niveau 1, il adresse au réclamant un accusé de réception de sa demande.

Dans tous les cas, le service relation clientèle en charge du traitement de la réclamation est tenu de répondre dans un délai de deux mois à compter de sa saisine.

Si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée par le service relation clientèle, il peut adresser sa réclamation au niveau 2.

c) Traitement de niveau 2

Le traitement de la réclamation de niveau 2 n'est pris en charge que si elle a fait l'objet d'une demande initiale et d'une réclamation de niveau 1.

La réclamation de niveau 2 peut être adressée :

- soit par l'intermédiaire du service relation clientèle ou de l'interlocuteur habituel ;
- soit par courrier à l'adresse suivante : **MUTUELLE 403** - Service relation clientèle, 16 rue René Goscinny – CS 20000 – 16013 ANGOULÈME Cedex ;
- soit par téléphone en composant le numéro 05 45 20 51 20 ;
- soit par l'intermédiaire du site internet de la **MUTUELLE 403** à l'onglet Contact / Contactez-nous ;

- soit par mail, à l'adresse : contact@mutuelle403.fr.

Le service juridique de la **MUTUELLE 403** en charge de la réclamation de niveau 2 doit répondre au réclamant dans les plus brefs délais et si une réponse ne peut être apportée dans un délai de dix jours qui suit la transmission de la réclamation au niveau 2, le service relation clientèle adresse au réclamant un accusé réception de sa demande. Dans tous les cas, le service juridique de la **MUTUELLE 403** dans le cadre de la réclamation de niveau 2 est tenue d'apporter une réponse validée par la Direction Générale de la **MUTUELLE 403** dans un délai de deux mois à compter de sa saisine.

• Médiation

Si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée par le service juridique de la **MUTUELLE 403** dans le cadre de la réclamation de niveau 2, il peut saisir le médiateur de la Mutualité Française, soit :

- par courrier à l'attention de : Médiateur de la Mutualité Française - (FNMF) - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15 ;
- directement via le formulaire figurant sur le site Internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>. Le règlement de la médiation est disponible sur le site de la Mutualité Française.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut également être consulté à tout moment du déroulement de la procédure de réclamation, dans un délai d'un an à compter de la réclamation de niveau 1, avant même l'extinction du processus de réclamation du 2ème niveau. Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la réclamation est à adresser :

- par courrier à l'adresse suivante : Médiateur de la Mutualité Française - (FNMF) - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15 ;
- directement via le formulaire figurant sur le site Internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>. Le règlement de la médiation est disponible sur le site de la Mutualité Française.

La **MUTUELLE 403** et le contrat couvrant les adhérents sont soumis au contrôle de l'AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION, située au 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

21. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

En application de la réglementation relative à la protection des données personnelles :

- la **MUTUELLE 403** est responsable des traitements qu'elle réalise sur les données personnelles des membres de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** et de leurs bénéficiaires pour la mise en œuvre de leur couverture d'assurance conformément aux dispositions du contrat ;
- **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** reste responsable des traitements qu'il réalise sur les données de ses membres. Dans ce cadre, il est responsable des obligations qui lui incombent en qualité de responsable de traitement.

Pour la mise en œuvre du contrat, la **MUTUELLE 403** est susceptible de collecter et de traiter les données suivantes des adhérents : informations personnelles, données de contact, données d'identification, NIR (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de vie privée, données de leurs ayants droit, données professionnelles, données économiques et financières, données opérationnelles liées à l'application du contrat, données de santé ou autres données particulières (dans les cas autorisés par la loi uniquement), données de transaction.

Ces données ainsi collectées ont vocation à être traitées par la **MUTUELLE 403** à des fins :

- d'adhésion, gestion et exécution de la couverture d'assurance ;
- de réalisation d'enquêtes de satisfaction, enregistrement des appels pour le contrôle de qualité, formation de ses collaborateurs, preuve de la conclusion des adhésions le cas échéant, réalisation d'études statistiques et actuarielles, évaluation ou prédiction des situations (score d'appétence), évaluation des risques, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, prévention et lutte contre la fraude à l'assurance, gestion des réclamations, recouvrements et contentieux, et ce, dans le cadre des intérêts légitimes et des obligations légales de la **MUTUELLE 403** ;

- et, avec l'accord des adhérents de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**, de prospection commerciale par la **MUTUELLE 403** et ses partenaires.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données à caractère personnel sont conservées pendant un délai de 3 ans à compter du jour de leur collecte ou de votre dernier contact avec la **MUTUELLE 403**.

Dans le cadre de la conclusion d'un contrat et de sa gestion, les données à caractère personnel sont conservées le temps de la relation commerciale et contractuelle augmenté des délais légaux de prescription fixés selon la nature du contrat.

Dans le cadre d'une inscription sur une liste de lutte contre la fraude, les données personnelles font l'objet d'une conservation pendant 5 ans. D'une manière générale, elles sont communiquées pour les seules finalités précitées aux services concernés de la **MUTUELLE 403**. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux autorités administratives ou judiciaires.

Au titre de la sécurité et de la confidentialité des données à caractère personnel, la **MUTUELLE 403** déploie les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour :

- garder les données personnelles strictement confidentielles ;
- et assurer la sécurité des données personnelles au sein de son système d'information.

Dans le cadre de ses relations directes avec les adhérents, la **MUTUELLE 403** leur apportera toute information requise en application de la réglementation.

Sauf exception liée à l'exécution du présent règlement ou aux obligations légales de la **MUTUELLE 403**, les adhérents sont titulaires des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de leurs données à caractère personnel, ainsi que de limitation ou d'opposition à leur traitement et du droit de donner des directives sur le sort de leurs données après décès. Ces droits et la façon de les exercer leur sont rappelés dans le bulletin d'adhésion. En cas de litige, ils disposent d'un droit de recours auprès de la CNIL.

Le membre participant et ses ayants droit ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers sont référencés dans les fichiers de l'Assurance Maladie Obligatoire et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes. Les membres participants ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

Profondément engagée en faveur du respect de la vie privée et des droits des personnes, la **MUTUELLE 403** s'est dotée d'un délégué à la protection des données (DPO), qui peut être contacté par courrier à l'adresse du siège social ou par mail à l'adresse dpo@mutuelle403.fr. La **MUTUELLE 403** a également mis en place une politique de protection des données personnelles accessible depuis son site internet.

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la Consommation, le membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire, soit par voie électronique en se rendant sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ; soit par voie postale en écrivant à l'adresse suivante : Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret - 10300 Troyes.

Cette inscription permet à l'adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à la **MUTUELLE 403** de démarcher téléphoniquement le membre participant en cas de relations contractuelles préexistantes, conformément à l'article L. 223-1 du Code de la Consommation.

22. COMMUNICATION DURABLE D'INFORMATIONS OU DE DOCUMENTS

Selon l'article L. 221-6-4 du Code de la Mutualité, constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité à l'adhérent ou à la **MUTUELLE 403**, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Conformément à l'article L. 221-6-5 du même Code, l'adhérent est informé dès son adhésion du fait que certaines informations et/ou documents pourront lui être transmis par voie électronique et qu'il a le droit

de s'y opposer. S'il fait le choix d'une communication électronique, l'adhérent devra fournir son adresse électronique laquelle sera ensuite vérifiée par la **MUTUELLE 403** pour s'assurer de sa validité. L'adhérent quant à lui s'engage à signaler dans les meilleurs délais à la **MUTUELLE 403** toute modification de son adresse électronique.

Dans ces conditions, l'adhérent accepte que la **MUTUELLE 403** envoie des courriers électroniques à l'adresse qu'il lui a communiquée. Il est également informé et consent à ce que des lettres recommandées électroniques puissent, le cas échéant, lui parvenir à cette même adresse. Des offres commerciales pourront aussi lui être adressées mais uniquement s'il y a préalablement consenti. En cours d'adhésion, il pourra toujours faire valoir son droit d'opposition à recevoir ce type d'offres.

Enfin, l'adhérent conserve la possibilité à n'importe quel moment de la relation contractuelle, de s'opposer par tout moyen à l'usage d'un support durable électronique et de demander sans frais à bénéficier d'un support papier.

23. ESPACE ADHERENT

La **MUTUELLE 403** met à la disposition de chaque adhérent, sous réserve de l'acceptation préalable des conditions générales d'utilisation, un espace en ligne accessible via le lien suivant : <https://www.mutuelle403.fr>

En s'y connectant, l'adhérent pourra profiter de divers services comme :

- suivre ses remboursements,
- visualiser ses garanties santé,
- mettre à jour ses coordonnées (changement d'adresse, de téléphone...),
- consulter le détail de ses prestations et cotisations,
- s'abonner à certains services (réception du décompte de prestations...),
- télécharger des documents comme la revue « 403 Le Magazine », les statuts et le règlement intérieur de la **MUTUELLE 403**...

L'accès à cet espace est sécurisé par un identifiant et un mot de passe.

L'adhérent s'engage à signaler immédiatement à la **MUTUELLE 403** toute anomalie qu'il constaterait dans le contenu des documents électroniques présents dans l'espace documentaire ou toutes difficultés d'accès rencontrées afin de lui permettre de maintenir la qualité du service.

En cas de difficulté technique rendant impossible l'utilisation de certains documents sur l'espace documentaire, la **MUTUELLE 403** pourra procéder, sur demande, dès qu'elle sera informée de la difficulté, à l'envoi ou à la remise de ces documents sous format papier.

24. PRESTATIONS



Prestations au 1^{er} Janvier 2022 : A1910R

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
➤ SOINS COURANTS					
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 :					
Véhicule pour handicapé physique (VHP) ¹	70 % / 100 %		30 % / -		100 %
Appareillages hors VHP et accessoires médicaux / orthopédie	60 % / 100 %		40 % / -		100 %
Supplément prothèses mammaires et capillaires	-		30 %		30 %
Supplément orthopédie, appareillage hors VHP 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 ⁽²⁾ – 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.</i>					
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 ⁽²⁾ – RO ⁽³⁾		100 % HLF
⁽³⁾ 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) Au sens de la nomenclature LPP

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

	Remboursement Régime Obligatoire *		Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
			OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
➤ HOSPITALISATIONS						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEDICALE Frais de séjour 80 % / 100 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 65 % ▪ CHIRURGICALE Frais de séjour 80 % / 100 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 65 % ▪ OBSTETRIQUE Frais de séjour 100 % Soins et honoraires 100 % Transports 65 % Forfait journalier hospitalier - Chambre particulière hors ambulatoire - Chambre particulière en ambulatoire - 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <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 80 % / 100 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 65 % Forfait journalier hospitalier - Chambre particulière (pendant 60j par année civile) - 						
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <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 post-cure pour alcooliques et toxicomanes</i> Frais de séjour 80 % / 100 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 65 % 						
➤ 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	
➤ FORFAIT PATIENT URGENCES						
Participation laissée à la charge de l'assuré pour chaque passage aux Urgences non suivi d'une hospitalisation	-		OUI		OUI	
➤ LES PLUS						
Médecine douce : Ostéopathe, chiropracteur, étioopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, psychologue, diététicien <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	
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

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

Exemples de Remboursement¹ A1910R

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	55,00 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	1,79 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	27,17 €	148,13 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3270,12 €	3270,12 €	2616,10 €	654,02 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	44 €	30 €	20 €	15,90 €	8,10 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	55 €	23 €	16,10 €	9,20 €	29,70 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	57 €	23 €	15,10 €	9,20 €	32,70 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

Dentaire

Soins et prothèses 100% santé	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	537,48 €	120 €	84 €	276,00 €	177,48 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	720 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	236,25 €

Optique

Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples + monture</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	299,91 €	39,00 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	399,91 €	201,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	100 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

Aides auditives

Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1476 €	400 €	240 €	160,00 €	1 076,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
➤ SOINS COURANTS					
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 :					
Véhicule pour handicapé physique (VHP) ¹	70 % / 100 %	30 % / -		100 %	
Appareillages hors VHP et accessoires médicaux / orthopédie	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.					
Equipements 100 % Santé ***					
Monture et verres de Classe A	60 %	100 % PLV ⁽²⁾ – 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, 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 ⁽²⁾ – RO ⁽³⁾		100 % HLF	
⁽³⁾ 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⁾ Au sens de la nomenclature LPP

⁽²⁾ PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraires Limite de Facturation

	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 hors ambulatoire	-	68 € /jour	68 € /jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	20 € /jour	20 € /jour
Frais d'accompagnant – enfant de moins de 16 ans (dès la 1^{ère} nuit et pour une hospitalisation d'au moins 3 nuits et pour une durée maximale de 30 nuits)	-	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 post-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
➤ FORFAIT PATIENT URGENCES			
<i>Participation laissée à la charge de l'assuré pour chaque passage aux Urgences non suivi d'une hospitalisation</i>	-	OUI	OUI
➤ LES PLUS			
Forfait Naissance :			
Naissance, adoption plénière (enfant de moins de 16 ans)	-	250 €	250 €
Forfait par enfant			
Médecine douce :			
Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, pédicure, podologue, psychologue, diététicien	-	Forfait /séance : 45 €	45 € /séance
<i>Limité à 4 séances /an</i>			
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 %
Pilule contraceptive non remboursable RO – Vaccins non remboursés – Aide au sevrage tabagique sur prescription médicale	-	Forfait annuel : 50 €	50 € /an
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

***Équipements, 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 78116621

Exemples de Remboursement¹ A1911R

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	68,00 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	175,30 €	0,00 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3270,12 €	3270,12 €	2616,10 €	654,02 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
Soins courants					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	44 €	30 €	20 €	23,00 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	55 €	23 €	16,10 €	25,30 €	13,60 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	57 €	23 €	15,10 €	25,30 €	16,60 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,80 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,40 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

Dentaire

Soins et prothèses 100% santé	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	537,48 €	120 €	84 €	396,00 €	57,48 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	720 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	139,50 €

Optique

Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples + monture</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	299,91 €	39,00 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	561,91 €	39,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	250 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

Aides auditives

Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1476 €	400 €	240 €	465,00 €	771,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
➤ SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations et visites généralistes	70 %	130 %	110 %	200 %	180 %
Consultations et visites spécialistes	70 %	150 %	130 %	220 %	200 %
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 :					
Véhicule pour handicapé physique (VHP) ¹	70 % / 100 %	30 % / -		100 %	
Appareillages hors VHP et accessoires médicaux / orthopédie	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 ⁽²⁾ – 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, 400 €/verre très complexe.					
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 ⁽²⁾ – RO ⁽³⁾		100 % HLF	
⁽³⁾ 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 €	

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*	Remboursement Total *
➤ HOSPITALISATIONS			
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ MEDICALE Frais de séjour 80 % / 100 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 65 % ▪ CHIRURGICALE Frais de séjour 80 % / 100 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 65 % ▪ OBSTETRIQUE Frais de séjour 100 % Soins et honoraires 100 % Transports 65 % Forfait journalier hospitalier - Chambre particulière hors ambulatoire - Chambre particulière en ambulatoire - Frais d'accompagnant – enfant de moins de 16 ans (dès la 1^{ère} nuit et pour une hospitalisation d'au moins 3 nuits et pour une durée maximale de 30 nuits) - 		20 % / - 120 % / 100 % 100 % / 80 % 35 %	100 % 200 % 180 % 100 %
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 65 % Forfait journalier hospitalier - Chambre particulière (pendant 60j par année civile) - 		20 % / - 20 % / - 35 % Frais réels 68 € /jour	100 % 100 % 100 % Frais réels 68 € /jour
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 post-cure pour alcooliques et toxicomanes Frais de séjour 80 % / 100 % Soins et honoraires 80 % / 100 % Transports 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
➤ FORFAIT PATIENT URGENCES			
Participation laissée à la charge de l'assuré pour chaque passage aux Urgences non suivi d'une hospitalisation	-	OUI	OUI
➤ LES PLUS			
<ul style="list-style-type: none"> Forfait Naissance : Naissance, adoption plénière (enfant de moins de 16 ans) Forfait par enfant - Médecine douce : Ostéopathe, chiropracteur, étiope, acupuncteur, pédicure, podologue, psychologue, diététicien Limité à 5 séances /an Allocation aux frais d'obsèques : Versée sur présentation de la facture acquittée par une tierce personne, après le décès 		250 € Forfait /séance : 50 € 600 €	250 € 50 € /séance 600 €
➤ PREVENTION			
<ul style="list-style-type: none"> Prestations de prévention prévues à l'article 1^{er} de l'arrêté du 8 juin 2006 Pilule contraceptive non remboursable RO – Vaccins non remboursés – Aide au sevrage tabagique sur prescription médicale Pharmacie non remboursée sur prescription médicale 	65 % / 70 %	35 % / 30 % Forfait annuel : 50 € Forfait annuel : 50 €	100 % 50 € /an 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

Exemples de Remboursement¹ A1912R

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
Hospitalisation					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	Non connu (NC)	Non remboursé	Non remboursé	68,00 €	Selon les frais engagés
Séjours avec actes lourds L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 355 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447 €	271,70 €	271,70 €	175,30 €	0,00 €
Séjours sans acte lourd L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3270,12 €	3270,12 €	2616,10 €	654,02 €	0 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

Soins courants

Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</i>	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de</i>	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	44 €	30 €	20 €	23,00 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	1 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
<i>Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans</i>	55 €	23 €	16,10 €	29,90 €	9,00 €
<i>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc...)</i>	57 €	23 €	15,10 €	29,90 €	12,00 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : achat d'une paire de béquilles</i>	25,80 €	24,40 €	14,64 €	11,16 €	0,00 €

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

Dentaire

Soins et prothèses 100% santé	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<i>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</i>	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	Tarif de convention	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : détartrage</i>	43,38 €	43,38 €	30,36 €	13,02 €	0 €
Prothèses (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	70 % BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</i>	537,48 €	120 €	84 €	453,48 €	0,00 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex : traitement par semestre (6 max)</i>	720 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	139,50 €

Optique

Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
<i>Ex : Verres simples et monture</i>	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
<i>Ex : Verres progressifs et monture</i>	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Ex : verres simples + monture</i>	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	299,91 €	39,00 €
<i>Ex : verres progressifs + monture</i>	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	561,91 €	39,00 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Forfait annuel</i>	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	250 €	Selon les frais engagés
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
<i>Ex opération corrective de la myopie</i>	NC	Non remboursé	Non remboursé	Non remboursé	Selon les frais engagés

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé, ou tarif réglementé	Base de remboursement de la sécurité sociale (BR) ³	Remboursement AMO (Assurance maladie obligatoire)	Remboursement AMC (Assurance maladie complémentaire)	Reste à charge
--	--	--	---	--	----------------

Aides auditives

Équipement 100% santé	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
<i>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</i>	1476 €	400 €	240 €	465,00 €	771,00 €

1 : Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés

2 : Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé

3 : La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4 : Prix limite de vente

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édité par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR UN REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS



Les originaux des décomptes de remboursement de la caisse d'assurance maladie doivent être transmis uniquement **si vous ne bénéficiez pas du système de télétransmission NOEMIE**. Pour tout autre cas de figure, vous pouvez faire parvenir vos demandes à l'adresse suivante : prestations@mutuelle403.fr

Pour vérifier si la télétransmission fonctionne correctement sur votre dossier, il suffit de regarder les relevés de remboursement de votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Si la mention « transmis à la Mutuelle 403 » ou « à votre organisme complémentaire » apparaît sur vos relevés, la télétransmission fonctionne. Si aucune mention n'apparaît, vous ne bénéficiez pas de la télétransmission.

Si la **télétransmission est inactive**, vous devez transmettre les originaux de tous vos documents.

Si vous bénéficiez d'une première complémentaire santé, les originaux des décomptes de remboursement de cet organisme doivent être transmis, accompagnés des décomptes de la caisse d'assurance maladie.

HOSPITALISATION (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Chambre particulière	- <u>Hospitalisation en clinique</u> : original du bordereau AMC + facture détaillée acquittée
Forfait journalier	
Dépassements d'honoraires	- <u>Hospitalisation en hôpital</u> : avis de sommes à payer + attestation de paiement
Frais d'accompagnant	Facture détaillée acquittée + bulletin d'hospitalisation
Télévision	

SOINS COURANTS (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Consultations et visites	- <u>Si vous avez payé l'intégralité des honoraires</u> : Décompte original de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE - <u>Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du régime obligatoire et réglé la part complémentaire et/ou les dépassements</u> : Facture originale détaillée acquittée (+ décompte original de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE)
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux hors hospitalisation	
Radiographie	
Analyses médicales	
Auxiliaires médicaux	
Transport	
Pharmacie	
Appareillage	

CURE THERMALE (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Forfait thermal	Attestation de cure + facture détaillée acquittée de l'hébergement ainsi que toute autre pièce justificative que la MUTUELLE 403 jugerait utile d'obtenir et/ou du transport (factures péage, carburant, train, ...)
Frais d'hébergement et transport	

OPTIQUE (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Monture	- <u>Si vous avez payé l'intégralité de la facture</u> : Décompte original de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE
Verres	
Lentilles prises en charge par le régime obligatoire	- <u>Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du régime obligatoire et réglé la part complémentaire</u> : Facture originale détaillée acquittée (+ décompte de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE)
Lentilles non prises en charge par le régime obligatoire	Facture détaillée acquittée
Chirurgie réfractive	

SOINS NON CONVENTIONNELS (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Ostéopathe, étiope, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, psychologue,	Facture du praticien indiquant le bénéficiaire et la date des soins et mentionnant, selon l'acte concerné, la possession du diplôme d'Etat dans la spécialité afférente à l'acte pratiqué, l'affiliation à une association professionnelle reconnue ou le numéro ADELI (ARS)
Contraception, vaccins non remboursés par le régime obligatoire, sevrage tabagique...	Facture acquittée détaillée + copie de la prescription médicale

DENTAIRE (Actes pris en charge selon le contrat-santé souscrit)	
Soins dentaires	- <u>Si vous avez payé l'intégralité de la facture</u> : décompte original de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE + facture détaillée acquittée indiquant les numéros de dents soignées
Prothèses dentaires acceptées par le régime obligatoire	
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	- <u>Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du régime obligatoire et réglé la part complémentaire</u> : Facture détaillée acquittée indiquant la date des soins et les numéros de dents soignées (+ décompte original de la caisse d'assurance maladie en cas d'absence de télétransmission NOEMIE) La date des soins étant la date indiquée sur le décompte du Régime Obligatoire (fin de trimestre ou fin de semestre de traitement ou de fin de l'année de contention)
Particularité prothèses dentaires sur implants	Facture <u>des implants</u> correspondants indiquant les numéros de dents
Orthodontie refusée par le régime obligatoire	Facture détaillée acquittée précisant la date des soins et les numéros de dents soignées. Pour l'orthodontie refusée, la date des soins est la date de fin du semestre de traitement
Implants – Parodontologie - Prothèses dentaires refusées par le régime obligatoire	

La MUTUELLE 403 peut vous demander, si besoin, toute autre pièce utile au remboursement des prestations ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de votre garantie.