NOTICE D'INFORMATION 2023

ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE

MUTUELLE 403
LA CONFIANCE MUTUELLE

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

SOMMAIRE

1. OBJET DU CONTRAT 3
2. BÉNÉFICIAIRES 3
3. PRISE D'EFFET DES GARANTIES DES MEMBRES 3
4. PRISE D'EFFET DES GARANTIES DES AYANTS DROIT 4
5. CESSATION DE L'ADHÉSION DU MEMBRE ET DES AYANTS DROIT 5
6. FORMALITÉS À RESPECTER....7
7. CARTES D'ADHERENT – TIERS PAYANT....7
8. PRESTATIONS 8
9. LIMITATIONS DE GARANTIE 12
10. EXCLUSIONS DE GARANTIE 12
11. PAIEMENT DES PRESTATIONS SANTÉ 12
12. REGLES RELATIVES AU CHANGEMENT DE GARANTIES 15
13. CONDITIONS D'APPLICATION DE L'OPTION FACULTATIVE 15
14. CALCUL DE LA COTISATION 16
15. APPEL DE COTISATIONS....16
16. COMMISSION D'ACTION SOCIALE 16
17. PRESCRIPTION....18
18. CONSÉQUENCES DE LA RADIATION....18
19. SUBROGATION....19
20. ACCIDENTS....19
21. PROTECTION DE LA CLIENTELE....20
22. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES....21
23. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME ..22
24. COMMUNICATION DURABLE D'INFORMATIONS OU DE DOCUMENTS....22
25. ESPACE ADHERENT 23
26. PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR UN REMBOURSEMENT DE PRESTATIONS 24
27. PRESTATIONS 26

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 régi par le code de la Mutualité, relève des branches d'agrément 1 et 2 « Accidents et Maladie » et 20 « Vie-décès » (le cas échéant) prévues à l'article R. 321-1 du code des Assurances.

La notice d'information est applicable à compter du **01/01/2023.**

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 social et 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 sont apportées à vos droits et obligations, une nouvelle notice d'information est établie.

Dans tous les cas, il incombe à **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** de vous remettre la notice d'information éditée par la **MUTUELLE 403.**

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 son conjoint, concubin ou pacsé, et ce jusqu'à leur 25 ans.

Au moment de son adhésion au contrat, le membre de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** intègre le groupe des actifs sous réserve de respecter deux conditions cumulatives : être âgé de moins de 67 ans et ne pas avoir fait valoir ses droits à la retraite.

Si postérieurement à son adhésion au contrat, le membre de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** ne respecte plus les conditions cumulatives précitées, il est radié du groupe des actifs au 31 décembre et rejoint le groupe des retraités au 1er janvier de l'année qui suit.

Lorsque le membre de **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** adhérent a atteint la limite d'âge, il devra intégrer le groupe des 67 ans et plus, au 1er janvier de l'année qui suit la survenance de l'évènement.

3. PRISE D'EFFET DES GARANTIES DES MEMBRES

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 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 : Orthopédie ; Accessoires médicaux (hors TM pour les contrats responsables) ;**

- **3 mois : Forfait Journalier Hospitalier (hors contrats responsables) ;**
- **3 mois : Soins dentaires et orthodontie (hors TM pour les contrats responsables) ;**
- **6 mois : Prothèses dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;**
- **6 mois : Optique, Acoustique (hors TM pour les contrats responsables) ;**
- **6 mois : Véhicules pour handicapés physiques ; Prothèses mammaires et capillaires ;**
- **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.

Le GROUPE SOUSCRIPTEUR 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, le GROUPE SOUSCRIPTEUR 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 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**. Les garanties choisies par le membre au moment de l'adhésion s'appliquent de la même manière à tous ses ayants droits. Toute modification dans la liste nominative des ayants droit doit être déclarée à la **MUTUELLE 403** par **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE dès que celle-ci en a eu connaissance.**

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

Si l'adhésion 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 1er 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 1er 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'adhésion 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 1er et le 15 du mois, la cotisation du mois d'adhésion 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'adhésion. **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'adhésion de l'ayant droit a lieu en

même temps que le membre. 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'adhésion d'un ayant droit**

L'adhésion est enregistrée dès lors que **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** aura remis à la **MUTUELLE 403** un bulletin d'adhésion complété, daté, signé et validé par cette dernière. 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 : Orthopédie ; Accessoires médicaux (hors TM pour les contrats responsables) ;**
- **3 mois : Forfait Journalier Hospitalier (hors contrats responsables) ;**
- **3 mois : Soins dentaires, Orthodontie (hors TM pour les contrats responsables) ;**
- **6 mois : Prothèses dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;**
- **6 mois : Optique ; Acoustique (hors TM pour les contrats responsables) ;**
- **6 mois : Véhicules pour handicapés physiques ; Prothèses mammaires et capillaires ;**
- **1 an : Forfait Naissance ;**
- **1 an : Allocation obsèques ;**
- **1 an : Cure.**

5. CESSATION DE L'ADHÉSION DU MEMBRE ET DES AYANTS DROIT

- **Cessation de l'adhésion 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 date d'effet de la résiliation demandée par le membre participant dans les conditions suivantes :

  dans un délai d'un mois à compter de la remise au membre participant de la notice modifiée ;
  - au 31 décembre de chaque année moyennant un préavis de deux mois.
  - à l'issue de la première année d'adhésion, sans frais ni pénalités, et dans un délai d'un mois suivant la date de notification de la demande de résiliation confirmée par écrit par la **MUTUELLE 403**. 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.

  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 adhésion à un contrat collectif obligatoire, sur présentation d'un justificatif. Elle prend alors effet au 1er 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.

- **Cessation de l'adhésion de l'ayant droit**

La cessation de l'adhésion 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 d'information ou lorsqu'il bénéficie d'une couverture assurantielle santé obligatoire. Elle prend alors effet au 1er 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 à l'article 2 de la présente notice d'information (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 de non-paiement par le membre de la cotisation de son ayant droit dans les dix jours de son échéance. L'ayant droit sera exclu du contrat et le membre 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 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

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

Un bulletin d'adhésion doit être complété, daté et signé par le membre participant 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.

- **Adhésion d'un ayant droit**

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

Il doit être accompagné de la photocopie de l'attestation de régime obligatoire d'Assurance Maladie.

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 d'adhérent et des éventuels justificatifs.

7. CARTES D'ADHERENT – TIERS PAYANT

Les cartes d'adhérent, qui attestent des droits de celui-ci à percevoir des prestations de la **MUTUELLE 403**, sont adressées annuellement ou semestriellement au **domicile de l'adhérent**.

Elles sont à conserver avec celle d'assuré social.

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.

La **MUTUELLE 403** propose aux membres participants et leurs ayants droit le système de télétransmission NOEMIE qui permet d'assurer une liaison informatique directe entre la **MUTUELLE 403** et le régime d'Assurance Maladie obligatoire. Chaque membre participant exprime son choix d'y recourir ou non au moment de l'acte d'adhésion.

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.

8. PRESTATIONS

Les prestations santé sont répertoriées dans le tableau de garanties figurant au point 28 de la présente notice et mis à disposition sur l'espace adhérent.

- **Contrat solidaire et responsable**

Tout contrat collectif souscrit par la **MUTUELLE 403** est dit « solidaire », c'est-à-dire qu'il ne prévoit pas de formalités médicales pour l'adhésion.

Lorsque le contrat collectif est qualifié de « responsable », cela signifie qu'il respecte les planchers, plafonds et interdictions de prise en charge tels que prévus aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité Sociale.

- **Planchers et plafonds**

Concernant les niveaux de remboursement, le contrat responsable prévoit :

- La prise en charge de l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'Assurance Maladie obligatoire, à l'exception des frais de cure thermale, des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie, qui peuvent être expressément pris en charge par la garantie souscrite ;
- La participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R. 160-16 I du code de la Sécurité Sociale ;
- La prise en charge du forfait patient urgences facturé 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. ;
- La prise en charge du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité Sociale sans limitation de durée ;
- Un encadrement de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (option pratique tarifaire maîtrisée OPTAM ou option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique OPTAM-CO) **dans la double limite de 100 % du tarif servant de base au calcul des prestations du régime obligatoire et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisés (OPTAM ou OPTAM-CO), minoré d'un montant égal à 20 % du tarif servant de base au calcul des prestations du régime obligatoire**.
- Un encadrement de la prise en charge des frais de santé exposés au titre des postes optique médicale, dentaire et audiologie :

  → **Optique médicale :**

  - pour équipements de classe A, une prise en charge **dans la limite des prix limites de vente 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 ;
  - pour les équipements de classe B, une prise en charge de la participation de l'assuré (ticket modérateur) aux tarifs servant de base au calcul des prestations du régime obligatoire prévue à l'article L.160-13 I du code de la Sécurité Sociale ; et des frais d'acquisition des prestations et équipements d'optique médicale**, dans le respect des**

limites et plafonds déterminés à l'article R. 871-2 du code précité en sus du tarif servant de base au calcul des prestations du Régime Obligatoire. 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 inversement. 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 optique, 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.**

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le contrat prend en charge, en sus des prestations obligatoires du contrat responsable, un montant minimum pour des équipements d'optique médicale (verres et monture) de classe B soumis au remboursement de l'Assurance Maladie, **dans la limite des frais exposés par l'adhérent.**

→ Dentaire

Pour les soins prothétiques dentaires, une prise en charge **dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'Assurance Maladie**.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire, le contrat prend en charge, en sus des **prestations** obligatoires du contrat responsable, à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'Assurance maladie, les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité Sociale.

→ Audiologie

- pour les équipements auditifs de classe I : une prise en charge **dans la limite des prix limites de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP) ;**
- pour les équipements auditifs de classe II : une prise en charge **dans le respect du plafond de 1.700 euros par aide auditive** déterminé par l'article R. 871-2 du code de la Sécurité Sociale, incluant la part des dépenses prise en charge par le Régime Obligatoire et le ticket modérateur. Le plafond **n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.**

- **Délais de renouvellement des équipements**

Le contrat responsable impose également de respecter des délais de renouvellement pour les équipements d'optique médicale et auditifs.

→ Optique médicale

La prise en charge est **limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :**

- par période de **deux ans pour les adhérents âgés de 16 ans et plus ;**
- par période **d'un an pour les adhérents 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 ;
- 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 ;
- aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Les périodes évoquées 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'adhérent concerné. **Lorsque l'adhérent 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.**

Pour les adhérents présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, la prise en charge de deux équipements **à titre dérogatoire est autorisée sous réserve que les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparés et que l'ordonnance de l'ophtalmologiste porte la mention de l'un des 2 cas dérogatoires prévus à l'article VII.1 de l'arrêté du 3 décembre 2018** (soit en présence d'une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique ; soit en cas d'intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux).

→ Audiologie

La prise en charge est **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'adhérent. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Ces dispositions s'appliquent depuis le 1er 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 française. La **MUTUELLE 403** 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 d'elle par l'adhérent concerné.

• Interdictions de prise en charge

Elles sont spécifiées au point 12. Exclusions de garantie.

Si le contrat souscrit est responsable, il s'adaptera aux modifications qui seraient apportées aux obligations et interdictions de prise en charge nées des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale.

• Précisions sur les prestations

→ Matériel médical

Ce poste 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.

→ Chambre particulière

La **MUTUELLE 403** prend en charge le supplément « chambre particulière » dans les limites (durée et montant) fixées par la garantie choisie par le **souscripteur**.
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 **MUTUELLE 403** n'intervient pas dans le remboursement des frais de « chambre particulière » selon la

législation en vigueur dans les cas suivants :

- si l'admission du malade en chambre particulière est faite en dehors de sa volonté et de celle de sa famille (manque de place, …) ;
- 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.

→ Frais d'accompagnant

Pour toute hospitalisation d'un adhérent ayant droit du membre participant, une participation pour frais d'accompagnement peut être versée dans les conditions prévues à la garantie choisie par le membre participant et dans la limite des frais engagés. Cette participation est versée sur présentation d'une facture acquittée justifiant la dépense.

→ Séances chez le psychologue

En dehors du dispositif MonPsy couvert par le contrat responsable, et en fonction de la garantie choisie par le membre participant, d'autres séances chez le psychologue pourront être prises en charge par la **MUTUELLE 403**.

→ Cure thermale

Le forfait thermal correspond aux soins réalisés pendant la cure thermale. Il est variable selon l'orientation thérapeutique choisie et le type de forfait. Les honoraires de surveillance correspondent aux honoraires dus aux médecins pour la surveillance thermale. En fonction de la garantie souscrite, la **MUTUELLE 403** peut rembourser :

- le ticket modérateur sur les honoraires de surveillance et/ou le forfait thermal et/ou les frais de transport et/ou les frais d'hébergement ;
- un forfait comprenant les honoraires de surveillance et/ou le forfait thermal et/ou les frais de transport et/ou d'hébergement. Ces frais seront remboursés sur présentation des justificatifs des dépenses réellement engagées pour le bénéficiaire des soins. Pour les frais de transport, le remboursement est plafonné à un montant calculé sur la base de la distance parcourue entre le domicile et le lieu de cure et du tarif kilométrique retenu par l'Assurance Maladie en vigueur à la date du déplacement.

→ Médecines douces

Les médecines douces peuvent concerner par exemple les consultations chez l'ostéopathe, l'acupuncteur, l'étiopathe, le chiropracteur, le diététicien ou le nutritionniste. En fonction de la garantie souscrite par le **membre participant**, les séances pratiquées par des professionnels enregistrés sur le répertoire ADELI ou sur le RPPS pourront être remboursées par la **MUTUELLE 403**.

→ Pharmacie non remboursée par le régime obligatoire

Il s'agit notamment des frais d'homéopathie, de phytothérapie, de sevrage tabagique, de contraception, du vaccin antigrippe et autres vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire. La prise en charge est limitée dans tous les cas aux médicaments figurant sur la liste des produits ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) et ayant fait l'objet d'une prescription par un médecin.

→ Forfait naissance

Toute naissance d'un enfant dont le parent est **membre participant** de la **MUTUELLE 403**, et sous réserve que ce dernier ait accompli les délais de stage, donne lieu au versement d'un forfait dont le montant est déterminé par la garantie souscrite. 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

L'allocation aux frais d'obsèques est versée sur **justificatif à toute personne ayant supporté ces frais dans la limite du montant fixé au tableau de garanties et des frais réels exposés**. Lorsque cette prestation à titre indemnitaire est prévue, elle est indissociable de la garantie frais de santé. Pour son

versement, l'adhérent doit être **à jour de ses cotisations au moment du décès**.

9. LIMITATIONS DE GARANTIE

La **MUTUELLE 403** ne prend en charge les prestations suivantes que lorsque le tableau de garanties le prévoit expressément et dans les limites qu'il fixe :

- **les piliers sur implants dentaires ;**
- **les pratiques médicales complémentaires dans le cadre d'une cure thermale ;**
- **certains actes non pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire ;**
- **certains actes ne figurant pas aux nomenclatures officielles des actes des régimes obligatoires de Sécurité Sociale française ;**
- **les prothèses mammaires ou capillaires ;**
- **les dépassements tarifaires concernant un véhicule pour handicapé physique, tel qu'inscrit au titre IV de la Liste des Produits et Prestations remboursables de la Sécurité Sociale.**

Dans le cadre d'un contrat responsable, la **MUTUELLE 403** respecte les limites prévues par le cahier des charges pour les prestations servies au titre des postes d'optique médicale, dentaire et audiologie (cf point 8 « Contrat responsable et solidaire »).

10. EXCLUSIONS DE GARANTIE

Quelle que soit la garantie souscrite auprès de la MUTUELLE 403, sont exclus :

- **les actes non prévus au tableau de garanties ;**
- **les soins engagés antérieurement à la date d'adhésion ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ;**
- **les soins engagés postérieurement à la date de fin d'adhésion (radiation) ;**
- **les soins réalisés à l'étranger en l'absence de prise en charge par un régime d'Assurance Maladie obligatoire français ou de celle en complément de la Caisse des Français de l'étranger ; et que les factures ne sont pas traduites en langue française avec indication de la nature et du montant en euros de chaque dépense réalisée ;**
- **les traitements esthétiques, les compléments alimentaires et les produits cosmétiques ;**
- **les dépenses de soins (forfait journalier et chambre particulière inclus) relatives aux séjours effectués dans les établissements d'hébergement médicaux-sociaux les unités, dans les centres de long séjour, dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;**
- **les compléments tarifaires et les prestations dites de confort au titre de la cure thermale ;**
- **le versement d'une allocation frais d'obsèques en cas de décès d'un mineur de moins de 12 ans en vertu de l'article L. 223-5 du code de la Mutualité ;**
- **indépendamment du caractère responsable ou non du contrat :**
  - **la participation forfaitaire pour les consultations et actes médicaux instaurée par l'article L.322-2-II du code de la Sécurité Sociale ;**
  - **les franchises médicales mentionnées à l'article L. 322-2-III du code de la Sécurité Sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;**
  - **la majoration de la participation des assurés pour les actes effectués hors parcours de soins ;**
  - **la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité Sociale ;**
    les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

11. PAIEMENT DES PRESTATIONS SANTÉ

- **Principe indemnitaire**

Les prestations versées interviennent en complément des remboursements des régimes obligatoires d'Assurance Maladie française. Ils ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit. Les taux mentionnés au titre des remboursements des régimes obligatoires d'Assurance Maladie sont ceux qui s'appliquent aux assurés du régime général, hors application de taux particuliers (remboursement à 100%, régime particulier, régime Alsace-Moselle…). Le remboursement total perçu par le membre participant (**MUTUELLE 403** + régimes obligatoires d'Assurance Maladie) sera identique quel que soit le taux appliqué par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie.

- **Etude de devis**

Le bénéficiaire du contrat peut adresser un devis à la **MUTUELLE 403** pour connaître, avant la réalisation des soins, le montant des prestations auquel il a droit.
La demande de cotation est établie en considération de la garantie souscrite à la date de réalisation de la cotation et ne vaut qu'en cas de concordance entre les soins objet du devis et ceux réalisés.
L'adresse mail pour communiquer les devis est : **prestations@mutuelle403.fr**

- **Date des soins**

La date des soins prise en compte par la **MUTUELLE 403** pour procéder au remboursement des prestations est celle indiquée sur les décomptes de remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire Française, ou le cas échéant, sur la facture du praticien. Est prise en considération en particulier :

- la date de facturation pour l'optique, l'appareillage, la pharmacie ;
- la date d'entrée pour une hospitalisation ;
- la date de chaque prestation pour les actes en série (séances de kinésithérapie, soins infirmiers, orthophoniste…) ;
- dans le cas particulier de l'orthodontie :
    - acceptée : la date de fin de trimestre, semestre, ou de l'année en fonction de la période de réalisation des soins d'orthodontie ;
    - refusée : la date de fin du semestre de traitement ;
- la date de fin de cure pour une cure thermale.

- **Pluralité d'organismes assureurs**

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.

- **Modalités de versement**

Le versement des prestations par la **MUTUELLE 403** est, hors cas de force majeure, réalisé dans les délais suivants :

- 2 jours ouvrés en cas de gestion des flux par télétransmission lorsqu'il n'existe aucun traitement de pièces justificatives. Dans le cas contraire, le délai est étendu à 5 jours ouvrés.

- 5 jours ouvrés à compter de la réception des justificatifs nécessaires en l'absence de télétransmission ou lorsque la prestation ne fait pas l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire.

Les délais ci-dessus sont fournis à titre indicatif et ne peuvent en aucun cas engager la responsabilité de la MUTUELLE 403.

Les prestations santé sont versées pour le **membre participant et ses ayants droit** par virement direct sur le compte bancaire du **membre**. Les prestations sont toujours payées en France et en euros.

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 liste des pièces à fournir pour obtenir le remboursement de certaines prestations figure au point 28 de la présente notice et n'est pas exhaustive. La **MUTUELLE 403** se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative, avant ou après le paiement des prestations, et dans le respect du secret médical, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées.

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 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.

- **Contrôle**

La **MUTUELLE 403** peut diligenter des contrôles sur pièces en cas de dépenses anormalement élevées ou répétées, ou en cas de suspicion de fraude. Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des adhérents par lettre motivée. Elle peut aussi recourir le cas échéant à une expertise médicale effectuée par son médecin conseil ou tout autre professionnel de santé. Si le membre participant refuse de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la **MUTUELLE 403**. Dans l'hypothèse d'un contrôle ayant lieu a posteriori du versement d'une prestation, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la **MUTUELLE 403** l'intégralité des prestations indûment perçues.

- **Déchéance**

Lorsque les informations communiquées à la MUTUELLE 403 ne sont pas sincères, le membre participant s'expose aux sanctions prévues par le code de la Mutualité :

- **en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle : nullité de la garantie (article L. 221-14).**

- **lorsque la réticence ou fausse déclaration intentionnelle n'est pas établie : réduction des prestations ou complément de cotisation si la fausse déclaration a été identifiée avant le versement des frais de santé (article L. 221-15).**

Dans le cas où des faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, la MUTUELLE 403 en poursuit le recouvrement et le membre participant s'expose, le cas échéant, à des poursuites pénales.

12. 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 1er 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.

13. 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 le membre 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 1er 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 : Orthopédie ; Accessoires médicaux (hors TM pour les contrats responsables) ;**
- **3 mois : Forfait Journalier Hospitalier (hors contrats responsables) ;**
- **3 mois : Soins dentaires ; Orthodontie (hors TM pour les contrats responsables) ;**
- **6 mois : Prothèses dentaires (hors TM pour les contrats responsables) ;**
- **6 mois : Optique ; Acoustique (hors TM pour les contrats responsables) ;**
- **6 mois : Véhicules pour handicapés physiques ; Prothèses mammaires et capillaires ;**
- **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 au membre 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 le membre établit que des circonstances particulières notamment économiques (baisse de revenus, chômage partiel ou total, etc.) lui imposent de procéder à cette modification.

Le GROUPE SOUSCRIPTEUR 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, le GROUPE SOUSCRIPTEUR 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 obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

14. 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 en cours de contrat, la cotisation du mois complet sera systématiquement demandée.

15. APPEL DE COTISATIONS

Les cotisations sont déterminées en fonction des garanties souscrites par **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**. Le montant des cotisations est révisable en cours d'année et/ou à chaque échéance annuelle du contrat pour tous les membres participants. Cette révision peut avoir pour motif un changement de garanties souscrit par **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE**, un accroissement des dépenses de santé prises en charge (coût technique), ou encore une modification législative ou réglementaire.

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, en cas de modifications (mouvements ayants droit, changement de garanties), un nouvel avis d'appel de cotisations est adressé par la **MUTUELLE 403** au membre participant.

16. COMMISSION D'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.

- **Secours exceptionnels**

Des 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.

Les demandes concernant une aide au paiement de la cotisation de la MUTUELLE 403, des frais d'obsèques, de l'aménagement du domicile ou du véhicule ne pourront être considérées comme recevables pour une présentation en Commission d'Action Sociale.

Par principe, 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. Dans le cas d'une pluralité d'organismes assureurs, la sollicitation auprès du service d'action sociale de l'assureur ayant mis en place la télétransmission est indispensable pour la bonne constitution du dossier.

Les demandes particulières concernant le financement d'un Véhicule pour Handicapé Physique (VHP) devront avoir fait l'objet d'une étude auprès des voies de recours du régime obligatoire d'Assurance Maladie et de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) avant de pouvoir être présentées à la Commission d'Action Sociale de la MUTUELLE 403.

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. L'aide sera versée au bénéficiaire uniquement (ou au membre participant si le bénéficiaire est un enfant mineur) sur présentation d'une facture acquittée, dans les six mois suivant la notification de la décision prise par la commission d'action sociale. Si la décision prise par la Commission d'Action Sociale fait suite à la présentation d'un devis, la facture devra être conforme à ce-dit document. Toute facture non conforme fera l'objet d'une nouvelle présentation auprès de la commission d'action sociale.

Dans tous les cas, les décisions prises par la Commission d'Action Sociale ne sont pas susceptibles d'appel.

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 en sortie d'hospitalisation**

Pour les adhérents non bénéficiaires de l'assistance via le contrat santé et qui ne peuvent bénéficier de l'aide aux personnes âgées, d'une aide familiale, ou d'une aide aux personnes handicapées, la Commission d'Action Sociale de la **MUTUELLE 403** peut accorder une aide pour le retour au domicile en finançant un maximum de 6 heures d'aides ménagères.

La demande d'aide doit être effectuée auprès du service d'action sociale de la MUTUELLE 403, dans un délai de dix jours ouvrés maximum faisant suite à une hospitalisation médicale ou chirurgicale prise en charge.

La **MUTUELLE 403**, si l'aide est accordée, sollicitera l'organisme le plus proche du domicile du bénéficiaire.

Pour bénéficier de cette aide éventuelle, l'adhérent doit être à jour de ses cotisations et 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.

- **Actions de 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. La **MUTUELLE 403** peut également être amenée à participer ou à être partenaire d'évènements locaux dans le cadre d'actions relayées au niveau national ou par les Unions Mutualistes Régionales (Octobre Rose, …).

17. 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 :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre, que du jour où la MUTUELLE 403 ou l'union en a eu connaissance ;**
- **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 NOM SOUSCRIPTEUR, du membre, 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 ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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 NOM SOUSCRIPTEUR, au membre 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.

18. CONSÉQUENCES DE LA RADIATION

En cas de radiation, les garanties dont bénéficiaient les membres participants et leurs ayants droit prennent fin et les soins postérieurs à la date de radiation ne sont pas pris en charge.

Au terme de l'adhésion :

- **le membre participant 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 d'adhérent aux services gestionnaires de la MUTUELLE 403 ;**
- **dans l'hypothèse où le membre participant et ses éventuels ayants droit continueraient à faire usage de leurs cartes d'adhérent, 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.**

19. 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 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.

20. ACCIDENTS

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

• 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.

• 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 à l'adhérent ;
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 à l'adhérent 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.

21. PROTECTION DE LA CLIENTELE

- **Réclamation**

Une réclamation se définit comme étant l'expression écrite (courrier ou e-mail) ou orale (appel téléphonique ou présentiel) d'un mécontentement exprimé envers la **MUTUELLE 403** par toute personne intéressée (adhérent individuel ou professionnel, ancien adhérent, bénéficiaire…) et ce quel que soit le service ou l'interlocuteur de la **MUTUELLE 403** auprès duquel elle est formulée.

Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation. Elle doit être adressée à : **contact@mutuelle403.fr**

Toute réclamation doit être formulée dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y a donné naissance.

La réclamation peut être adressée :

- soit par courrier à l'adresse suivante : **MUTUELLE 403** - Pôle relation clientèle, 16 rue René Goscinny – CS 20000 – 16013 ANGOULÊME Cedex ;
- soit par téléphone en composant le numéro 05 45 20 51 20. Si le centre d'appels ne peut répondre à la demande, il transmet automatiquement celle-ci au service relation clientèle pour expertise et en avise l'intéressé ;
- soit par mail à l'adresse suivante : **reclamation@mutuelle403.fr**

La **MUTUELLE 403** s'engage à répondre dans les plus brefs délais et si une réponse ne peut être apportée dans un délai de dix jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, il adresse au réclamant un accusé de réception de sa demande. Dans tous les cas, une réponse sera apportée à la réclamation dans un délai de 2 mois.

- **Médiation**

Si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée par la **MUTUELLE 403**, il peut saisir le médiateur de la Mutualité Française, soit :

- par courrier à l'attention de : Monsieur le 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

La médiation est une procédure gracieuse qui doit être introduite dans le délai d'un an après épuisement des voies de recours auprès de la **MUTUELLE 403**.

Pour plus d'informations, veuillez consulter le règlement de la médiation 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 RÉSOLUTION, située au 4 Place de Budapest CS 92459, 75436

PARIS CEDEX 09.

22. 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'elle réalise sur les données de ses membres. Dans ce cadre, **ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE** 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, numéro de sécurité sociale, 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 adhérents le cas échéant, 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 membres, 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**.

Conformément à la réglementation relative au démarchage téléphonique, les enregistrements sont détruits sans délai lorsque le prospect s'est opposé explicitement à la poursuite de la communication téléphonique ou de la proposition commerciale, et dans le délai maximum d'un mois à compter de la proposition commerciale en l'absence de réponse favorable du prospect.

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 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 adhérents 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 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 : Worldline - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 BLOIS CEDEX.

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 l'adhérent en cas de relations contractuelle préexistantes, conformément à l'article L. 223-1 du code de la consommation.

23. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La **MUTUELLE 403** est assujettie à des obligations légales, réglementaires et prudentielles au titre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. En application de ces règles, elle est fondée à vérifier l'origine des fonds qui lui sont versés, ainsi que les caractéristiques des personnes susceptibles d'être intéressées au contrat ou de représenter l'assuré. Par ailleurs, si les informations communiquées paraissent fausses ou irrégulières, la **MUTUELLE 403** se réserve la possibilité d'effectuer une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN.

24. 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.

25. 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.

26. 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 NOÉMIE**. 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.

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.

HOSPITALISATION (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite)	
Chambre particulière	- Hospitalisation en clinique : original du bordereau AMC + facture détaillée acquittée - Hospitalisation en hôpital : avis de sommes à payer + attestation de paiement
Forfait journalier	
Dépassements d'honoraires	
Frais d'accompagnant	Facture détaillée acquittée + bulletin d'hospitalisation
Télévision	

SOINS COURANTS (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite)	
Consultations et visites	- Si vous avez payé l'intégralité des honoraires : décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE - Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du régime obligatoire et réglé la part complémentaire et/ou les dépassements : facture originale détaillée acquittée (+ décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux hors hospitalisation	
Radiographie	
Analyses médicales	
Auxiliaires médicaux	
Transport	
Pharmacie	
Appareillage (dont auditif)	

CURE THERMALE (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite)	
Forfait thermal	Attestation de cure + facture détaillée acquittée de l'hébergement et/ou du transport (factures péage, essence, train…) + justificatif de propriété en cas de location entre particuliers
Frais d'hébergement et transport	
OPTIQUE (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite)	
Monture	- Si vous avez payé l'intégralité de la facture :

Verres	décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE - Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du régime obligatoire et réglé la part complémentaire : facture originale détaillée acquittée (+ décompte de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE Pour le paiement des équipements optiques, une carte ou un certificat d'authenticité pourra être demandé
Lentilles prises en charge par le régime obligatoire	
Lentilles non prises en charge par le régime obligatoire	Facture détaillée acquittée
Chirurgie réfractive	

SOINS NON CONVENTIONNELS (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite)	
Etiopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, psychologue…	Facture acquittée avec le cachet du praticien indiquant le bénéficiaire et la date des soins et mentionnant, selon l'acte concerné, la possession du diplôme d'État dans la spécificité afférente à l'acte pratiqué, l'adhésion à une association professionnelle reconnue ou le numéro ADELI (ARS)
Ostéopathe	Facture acquittée avec le cachet du praticien ainsi que le n° ADELI, précisant la date et le bénéficiaire des soins
Contraception, vaccins non remboursés par le régime obligatoire, sevrage tabagique…	Facture acquittée détaillée + copie de la prescription médicale

DENTAIRE (Acte pris en charge selon la garantie-santé souscrite)	
Soins dentaires	- Si vous avez payé l'intégralité de la facture : décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie en cas d'absence de télétransmission NOÉMIE + facture détaillée acquittée indiquant les numéros de dents soignées - Si vous avez bénéficié du tiers-payant sur la part du régime obligatoire et réglé la part complémentaire : 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 NOÉMIE La date des soins étant la date indiquée sur le décompte du régime obligatoire (fin de trimestre ou fin de semestre de traitement ou fin de l'année de contention) Pour le paiement des prothèses, une déclaration de conformité pourra être demandée
Prothèses dentaires acceptées par le régime obligatoire	
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	
Particularité prothèses dentaires sur implants	**Facture des implants correspondants indiquant les numéros de dents**
Orthodontie refusée par le régime obligatoire	Facture détaillée acquittée précisant la date des soins et les numéros des dents soignées Pour le paiement des implants, le passeport implantaire pourra être demandé 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	

27. PRESTATIONS

A1910R
A1911R
A1912R

MUTUELLE 403
LA CONFIANCE MUTUELLE

Prestations au 1er Janvier 2023 : A1910R

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
➢ SOINS COURANTS					
		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	**OPTAM/ OPTAMCO**	**Non OPTAM/ OPTAMCO**
Honoraires médicaux					
Consultations et visites généralistes	70 %	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 %**	
Télésurveillance médicale	60 %	40 %		**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 %**	
Psychologues remboursés RO *(8 séances /an)*	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 »* - *Remboursement limité à 100 €/monture, 210 €/verre simple, 350 €/verre complexe.*					
Monture – verres simples à tarifs libres	60 %	Forfait : 300 € TM inclus** - RO		**300 €**	
Monture – verres complexes et très complexes à tarifs libres	60 %	Forfait : 400 € TM inclus** - RO		**400 €**	
Suppléments et prestations optiques à tarifs libres	60 %	40 %		**100 %**	
Lentilles acceptées ou refusées RO	60 % / -	Forfait annuel : 100 €		**RO + 100 € /an**	
➢ DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % Santé ***	70 %	100 % HLF (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

A1910R	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 %	50 % / 30 %	30 % / 10 %	**130 %**	**110 %**
Transports	65 %	35 %		**100 %**	
▪ ***CHIRURGICALE***					
Frais de séjour	80 % / 100 %	20 % / -		**100 %**	
Soins et honoraires	80 % / 100 %	50 % / 30 %	30 % / 10 %	**130 %**	**110 %**
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	-	55 € /jour		**55 € /jour**	
Chambre particulière en ambulatoire	-	20 € /jour		**20 € /jour**	
▪ ***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)*	-	55 € /jour		**55 € /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					
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, étiopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, psychologue, diététicien *Limité à 3 séances /an*	-	Forfait séance : 30 €		**30 € /séance**	
➢ PREVENTION					
Prestations de prévention prévues à l'article 1er 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 (4) *sur prescription médicale*	-	Forfait annuel : 50 €		**50 € /an**	
➢ ASSISTANCE	-	OUI		**OUI**	

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

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

(4) Sont exclus les compléments alimentaires et les produits cosmétiques

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

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

Exemples de Remboursement[1]
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	794,04 €	794,04 €	794,04 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	**Dépassements maitrisés**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassements si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	413,00 €	271,70 €	271,70 €	81,51 €	59,79 €
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	451,00 €	271,70 €	271,70 €	27,17 €	152,13 €
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	3333,75 €	3333,75 €	2667,00 €	666,75 €	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**
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	**Dépassements maitrisés**	**BR**	**70 % BR – 1 €**	**30 % BR + dépassement si prévu au contrat**	**1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	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**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	9,20 €	29,70 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	58 €	23 €	15,10 €	9,20 €	33,70 €
Matériel médical	**Tarif moyen facturé**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	10,99 €	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	**Honoraire limite de facturation (HLF)**	**BR**	**70 % BR**	**30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires**	**0 €**
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	**Tarif de convention**	**BR**	**70 % BR**	**30 % BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : détartrage	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**
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120 €	84 €	276,00 €	187,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	**Prix moyen national**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : traitement par semestre (6 max)	720 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	236,25 €
Optique					
Équipement 100% santé	**Prix limite de vente (PLV)**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement dans la limite des PLV [4]**	**0 €**
Ex : Verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	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**
Ex : verres simples + monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	299,91 €	39,00 €
Ex : verres progressifs + monture	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**
Forfait annuel	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**
Ex opération corrective de la myopie	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 limite de vente (PLV)**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement dans la limite des PLV**	**0 €**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	**Prix moyen national**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires**	**Selon contrat**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1534 €	400 €	240 €	160,00 €	1 134,00 €

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 règlementation, 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/)

MUTUELLE 403
GARANTIES D'ASSISTANCE

PERMANENCE MEDICALE / SECOURS D'URGENCE

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

EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48H

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

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

EN CAS D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT

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

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

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

EN CAS DE TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE OU CHIMIOTHERAPIE

- Aide à domicile.

SERVICES D'INFORMATIONS PAR TELEPHONE

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

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

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

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

MUTUELLE 403
LA CONFIANCE MUTUELLE

Prestations au 1er Janvier 2023 : A1911R

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
➢ SOINS COURANTS		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	**OPTAM/ OPTAMCO**	**Non OPTAM/ OPTAMCO**
Honoraires médicaux					
Consultations et visites généralistes	70 %	130 %	110 %	**200 %**	**180 %**
Consultations et visites spécialistes	70 %	130 %	110 %	**200 %**	**180 %**
Médecins non conventionnés	70 %	130 %		**200 %**	
Actes de chirurgie en cabinet	70 %	30 %		**100 %**	
Actes techniques médicaux	70 %	30 %		**100 %**	
Actes d'imagerie médicale	70 %	130 %	110 %	**200 %**	**180 %**
Actes d'échographie	70 %	130 %	110 %	**200 %**	**180 %**
Télésurveillance médicale	60 %	40 %		**100 %**	
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 %**	
Psychologues remboursés RO *(8 séances /an)*	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	-	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 *(hors pratiques complémentaires)*	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

A1911R	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 1ère 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					
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					
Forfait Naissance :					
Naissance, adoption plénière (enfant de moins de 16 ans) Forfait par enfant	-	250 €		**250 €**	
Médecine douce :					
Ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, psychologue, diététicien *Limité à 4 séances /an*	-	Forfait /séance : 45 €		**45 € /séance**	
Allocation aux frais d'obsèques :					
Versée sur présentation de la facture acquittée par une tierce personne, après le décès du bénéficiaire âgé de 12 ans et plus	-	600 €		**600 €**	
➢ PREVENTION					
Prestations de prévention prévues à l'article 1er 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 (4) *sur prescription médicale*	-	Forfait annuel : 50 €		**50 € /an**	
➢ ASSISTANCE	-	OUI		**OUI**	

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

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

(4) Sont exclus les compléments alimentaires et les produits cosmétiques

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

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

Exemples de Remboursement[1]

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	794,04 €	794,04 €	794,04 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	**Dépassements maitrisés**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassements si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	413,00 €	271,70 €	271,70 €	141,30 €	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	451,00 €	271,70 €	271,70 €	179,30 €	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	3333,75 €	3333,75 €	2667,00 €	666,75 €	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**
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	**Dépassements maitrisés**	**BR**	**70 % BR – 1 €**	**30 % BR + dépassement si prévu au contrat**	**1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	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**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	25,30 €	13,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	58 €	23 €	15,10 €	25,30 €	17,60 €
Matériel médical	**Tarif moyen facturé**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	9,76 €	1,23 €

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	**Honoraire limite de facturation (HLF)**	**BR**	**70 % BR**	**30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires**	**0 €**
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	**Tarif de convention**	**BR**	**70 % BR**	**30 % BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : détartrage	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**
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120 €	84 €	396,00 €	67,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	**Prix moyen national**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : traitement par semestre (6 max)	720 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	139,50 €
Optique					
Équipement 100% santé	**Prix limite de vente (PLV)**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement dans la limite des PLV [4]**	**0 €**
Ex : Verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	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**
Ex : verres simples + monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	299,91 €	39,00 €
Ex : verres progressifs + monture	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**
Forfait annuel	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**
Ex opération corrective de la myopie	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 limite de vente (PLV)**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement dans la limite des PLV**	**0 €**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	**Prix moyen national**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires**	**Selon contrat**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1534 €	400 €	240 €	465,00 €	829,00 €

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 règlementation, 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/)

MUTUELLE 403
GARANTIES D'ASSISTANCE

PERMANENCE MEDICALE / SECOURS D'URGENCE

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

EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48H

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

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

EN CAS D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT

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

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

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

EN CAS DE TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE OU CHIMIOTHERAPIE

- Aide à domicile.

SERVICES D'INFORMATIONS PAR TELEPHONE

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

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

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

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

MUTUELLE 403
LA CONFIANCE MUTUELLE

Prestations au 1er Janvier 2023 : A1912R

	Remboursement Régime Obligatoire *	Remboursement MUTUELLE 403*		Remboursement Total *	
➢ SOINS COURANTS		OPTAM/ OPTAMCO	Non OPTAM/ OPTAMCO	**OPTAM/ OPTAMCO**	**Non OPTAM/ OPTAMCO**
Honoraires médicaux					
Consultations et visites généralistes	70 %	130 %	110 %	**200 %**	**180 %**
Consultations et visites spécialistes	70 %	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 %**
Télésurveillance médicale	60 %	40 %		**100 %**	
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 %**	
Psychologues remboursés RO *(8 séances /an)*	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	-	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 *(hors pratiques complémentaires)*	70 %	30 %		**100 %**	
Forfait thermal – Frais d'hébergement –Transport	65 %	35 % + 300 €		**100 % + 300 €**	

(1) Au sens de la nomenclature LPP (2) PLV : Prix Limite de Vente – HLF : Honoraires Limite de Facturation

A1912R

	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 %	120 % / 100 %	100 % / 80 %	**200 %**	**180 %**
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 %	80 %	**200 %**	**180 %**
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 1ère 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					
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					
Forfait Naissance : Naissance, adoption plénière (enfant de moins de 16 ans) Forfait par enfant	-	250 €		**250 €**	
Médecine douce : Ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, acupuncteur, pédicure, podologue, psychologue, diététicien *Limité à 5 séances /an*	-	Forfait /séance : 50 €		**50 € /séance**	
Allocation aux frais d'obsèques : Versée sur présentation de la facture acquittée par une tierce personne, après le décès du bénéficiaire âgé de 12 ans et plus	-	600 €		**600 €**	
➢ PREVENTION					
Prestations de prévention prévues à l'article 1er 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 (4) *sur prescription médicale*	-	Forfait annuel : 50 €		**50 € /an**	
➢ ASSISTANCE	-	OUI		**OUI**	

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

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

(4) Sont exclus les compléments alimentaires et les produits cosmétiques

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

Exemples de Remboursement[1]

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	794,04 €	794,04 €	794,04 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	**Dépassements maitrisés**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassements si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	413,00 €	271,70 €	271,70 €	141,30 €	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	451,00 €	271,70 €	271,70 €	179,30 €	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	3333,75 €	3333,75 €	2667,00 €	666,75 €	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**
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	**Dépassements maitrisés**	**BR**	**70 % BR – 1 €**	**30 % BR + dépassement si prévu au contrat**	**1 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	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**
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55 €	23 €	16,10 €	29,90 €	9,00 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc…)	58 €	23 €	15,10 €	29,90 €	13,00 €
Matériel médical	**Tarif moyen facturé**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,63 €	24,40 €	14,64 €	10,99 €	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	**Honoraire limite de facturation (HLF)**	**BR**	**70 % BR**	**30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires**	**0 €**
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500 €	120 €	84 €	416 €	0 €
Soins (hors 100% santé)	**Tarif de convention**	**BR**	**70 % BR**	**30 % BR + dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : détartrage	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**
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	547,90 €	120 €	84 €	456,00 €	7,90 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	**Prix moyen national**	**BR**	**100 % BR**	**Dépassement si prévu au contrat**	**Selon contrat**
Ex : traitement par semestre (6 max)	720 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	139,50 €
Optique					
Équipement 100% santé	**Prix limite de vente (PLV)**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement dans la limite des PLV [4]**	**0 €**
Ex : Verres simples et monture	41 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	33,35 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : Verres progressifs et monture	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**
Ex : verres simples + monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	299,91 €	39,00 €
Ex : verres progressifs + monture	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**
Forfait annuel	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**
Ex opération corrective de la myopie	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 limite de vente (PLV)**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement dans la limite des PLV**	**0 €**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100% santé)	**Prix moyen national**	**BR**	**60 % BR**	**40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires**	**Selon contrat**
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1534 €	400 €	240 €	465,00 €	829,00 €

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 règlementation, 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/)

MUTUELLE 403
GARANTIES D'ASSISTANCE

PERMANENCE MEDICALE / SECOURS D'URGENCE

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

EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 48H

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

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

EN CAS D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT

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

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

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

EN CAS DE TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE OU CHIMIOTHERAPIE

- Aide à domicile.

SERVICES D'INFORMATIONS PAR TELEPHONE

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

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

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

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

MUTUELLE 403
LA CONFIANCE MUTUELLE

ASS MAT ANGOULEME

01829

COTISATIONS MENSUELLES AU 1ER JANVIER 2023

Garantie : A1910R

1 Adulte	65,97€
1 Adulte et 1 Enfant	117,60€
1 Adulte et 2 Enfants ou plus	151,94€
1 Couple	131,94€
1 Couple et 1 Enfant ou plus	168,78€

Garantie : A1911R

1 Adulte	80,10€
1 Adulte et 1 Enfant	142,79€
1 Adulte et 2 Enfants ou plus	184,49€
1 Couple	160,21€
1 Couple et 1 Enfant ou plus	204,94€

Garantie : A1912R

1 Adulte	95,68€
1 Adulte et 1 Enfant	170,54€
1 Adulte et 2 Enfants ou plus	220,35€
1 Couple	191,34€
1 Couple et 1 Enfant ou plus	244,76€

MUTUELLE 403
LA CONFIANCE MUTUELLE

ASS MAT ANGOULEME RETRAITES

01829-1

COTISATIONS MENSUELLES AU 1ER JANVIER 2023

Garantie : A1910R

1 Adulte	85,76€
1 Enfant	51,62€

Garantie : A1911R

1 Adulte	102,90€
1 Enfant	65,61€

Garantie : A1912R

1 Adulte	124,38€
1 Enfant	74,87€