

Notice d'information

LES GRANDS NAVIGATEURS

DESTINEE AUX ADHERENTS AFFILIES AUX CONTRATS
COLLECTIFS N°10062/2016/DS15, 10062/2016/
DS15AM, 10062/2016/DS15DOM A ADHESION
FACULTATIVE SOUSCRIT PAR L'ASSOCIATION A3P
AUPRES DE MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES

www.mutualia.fr



Entre nous, c'est humain

ATTESTATION DE REMISE DE NOTICE D'INFORMATION

A remettre à souscriptrice du contrat collectif facultatif LES GRANDS NAVIGATEURS.

Je soussigné(e)..... reconnais avoir reçu une Notice d'information sur les garanties frais de santé, objet du contrat facultatif souscrit par auprès de Mutualia, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de celle-ci.

Fait à :

Le :

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
ARTICLE 1 - OBJET ET ARCHITECTURE CONTRACTUELLE	4
CHAPITRE II - EXECUTION DU CONTRAT	4
ARTICLE 2 - AFFILIATION AU CONTRAT LES GRANDS NAVIGATEURS	4
ARTICLE 3 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	5
ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS POUR L'OUVERTURE DE LA GARANTIE	5
ARTICLE 5 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE	5
CHAPITRE III - LES COTISATIONS	5
ARTICLE 6 - FIXATION DES COTISATIONS	5
ARTICLE 7 - MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS	5
ARTICLE 8 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	5
CHAPITRE IV - LES PRESTATIONS	6
ARTICLE 9 - PRESTATIONS GARANTIES	6
ARTICLE 10 - PRISE D'EFFET ET FIN DES GARANTIES	7
ARTICLE 11 - REGLEMENT DES PRESTATIONS	7
CHAPITRE V - DISPOSITIONS GENERALES	7
ARTICLE 12 - PRESCRIPTION	7
ARTICLE 13 - SUBROGATION	7
ARTICLE 14 - DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES AUX CONTROLES	8
ARTICLE 15 - CONTACTS UTILES	9
ANNEXES	10
ANNEXE 1 – TABLEAU DES GARANTIES	11
ANNEXE 2 – CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	23
ANNEXE 3 – LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ	28

NOTICE D'INFORMATION LES GRANDS NAVIGATEURS

PREAMBULE

Le contractant a souscrit un contrat LES GRANDS NAVIGATEURS auprès de Mutualia Territoires Solidaires, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, n° SIREN 449 571 256 dont le siège social est situé au 75 avenue Gabriel Péri 38 400 SAINT MARTIN D'HERES. Mutualia Territoires Solidaires est dénommée ci-après « la Mutuelle ».

Le contrat est régi notamment par les dispositions du Code de la mutualité et du Code de la Sécurité sociale.

La présente Notice d'information permet à l'adhérent de connaître l'étendue des garanties ainsi que les modalités de leur entrée en vigueur. Elle précise le contenu des clauses de nullité, d'exclusion et de limitation.

Les adhérents affiliés au contrat acquièrent la qualité de « Membres Participants » de La Mutuelle ; ils sont également dénommés ci-après « Adhérents ».

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 - OBJET ET ARCHITECTURE CONTRACTUELLE

Le présent contrat a pour objet de compléter le remboursement des frais de santé effectué par un régime obligatoire d'assurance maladie.

Les garanties du présent contrat répondent au cahier des charges des contrats responsables, édicté aux articles L.871-1 et R. 871-1 et suivant du Code de la Sécurité sociale tels qu'issus des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, ainsi le **contrat est « solidaire et responsable »**.

Il se compose des garanties suivantes : Marco Polo, La Perouse, Cartier, Vasco, Colomb et Magellan.

EXECUTION DU CONTRAT

ARTICLE 2 - AFFILIATION AU CONTRAT LES GRANDS NAVIGATEURS

Article 2-1 - Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au Contrat les adhérents de l'Association A3P, ci-après dénommée "le Souscripteur", affiliés en tant qu'actifs ou retraités au régime général de la Sécurité sociale ou au régime social des indépendants et leurs ayants droit. Chaque adhérent doit remplir et signer un bulletin individuel d'adhésion, en prenant soin d'indiquer le(s) ayants droit qu'il souhaite faire adhérer et la garantie retenue pour l'ensemble de la famille. Lors de l'adhésion, vous choisissez l'une des six options dénommées Marco Polo, La Perouse, Cartier, Vasco de Gama, Colomb et Magellan. Vous pourrez ensuite modifier votre choix (niveau supérieur ou inférieur) au 1er janvier de chaque année sous réserve d'en formuler la demande avant le 31 octobre de l'année précédente et de la faire parvenir au gestionnaire dans les quinze jours suivant cette date. Vous ne pourrez opter pour une option de niveau inférieur que si vous totalisez deux ans d'ancienneté dans la garantie actuelle, ou en cas de changement de situation de famille. Tout changement d'option effectué s'appliquera dans les mêmes conditions à vos ayants droit.

Article 2-2 - Modalités d'exercice du droit de renonciation pour la vente à distance

Lors de l'adhésion, vous disposez du droit de renoncer à votre adhésion dans un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion, figurant sur le Bulletin d'adhésion. Si la date d'effet de l'adhésion est comprise dans le délai de quatorze jours visé ci-dessus, et que des prestations ont été versées au titre de l'adhésion, le droit de renonciation ne peut plus être exercé.

Ci-joint modèle de lettre de renonciation :

La lettre de renonciation doit être envoyée dans le délai de quatorze jours calendaires à compter de l'adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception à :

GMC HENNER
Unité de Gestion n°38
1 rue Marcel Paul
44019 NANTES CEDEX 1
Tel : 02 51 88 76 38
gmcg.ug38@henner.fr

Le modèle de lettre ci-dessous peut être utilisé pour renoncer à l'adhésion à la mutuelle :

Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro d'Adhérent),demeurant à (adresse complète)..... vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat

(Nom et N° de contrat) que j'ai souscrit le (date) ».

À..... Le

Signature

Article 2-3 - Bénéficiaires admis

• Membres Participants

L'affiliation des membres participants au contrat s'effectue dans les conditions prévues aux articles 3 « obligations du Souscripteur » et 4 « obligations des Membres Participants pour l'ouverture de la garantie » du présent document.

• Ayants droit

Les personnes physiques pouvant bénéficier des prestations en qualité d'ayants droit d'un Membre Participant, sont définies aux Conditions Particulières ou dans les statuts de la Mutuelle. Le membre participant peut ainsi demander le rattachement de ses ayants droit en remplissant un Bulletin Individuel d'Affiliation, complété par le Membre Participant et adressé à la Mutuelle.

Article 2-4 - Prise d'effet de l'affiliation au contrat LES GRANDS NAVIGATEURS

Sous réserve de l'accomplissement des formalités prévues aux articles 3 « obligations du Souscripteur » et 4 « obligations des Membres Participants pour l'ouverture de la garantie » du présent contrat et du paiement de la cotisation correspondante, l'affiliation du Membre Participant au contrat prend effet au 1er jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation.

L'affiliation des ayants droit au contrat prend effet :

- à la même date que celle du Membre Participant, si la demande se fait simultanément ;
- au 1er jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation si la demande se fait ultérieurement ;
- à la date de modification de la situation familiale du membre participant (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès d'un conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclarée à la Mutuelle dans un délai d'un mois ;

Article 2-5 - Cessation de l'affiliation au contrat LES GRANDS NAVIGATEURS

Chaque année, le Membre Participant, a la possibilité de résilier son adhésion auprès de la Mutuelle. La demande de résiliation doit être adressée, **par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins 2 mois avant l'échéance annuelle, soit le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend alors effet, le 1^{er} janvier de l'année qui suit.**

Le Membre Participant peut également demander, annuellement, la résiliation de l'adhésion des ayants droit. La demandée est adressée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception **au moins 2 mois avant l'échéance annuelle, soit le 31 octobre de l'année en cours.**

L'affiliation au contrat cesse également pour le Membre Participant et le cas échéant, pour ses ayants droit :

- à la date de résiliation du présent contrat par le Souscripteur ou la Mutuelle quel qu'en soit le motif ;
- à la date où le Membre Participant ne remplit plus les conditions requises pour être affilié au contrat ;
- au jour du décès du Membre Participant

La cessation de l'affiliation, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour les Membres Participants et leurs ayants droit éventuels.

Par ailleurs, la perte de la qualité d'ayant droit, telle que définie aux Conditions Particulières, entraîne, pour celui-ci, la perte de la garantie à compter de cette date.

ARTICLE 3 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, le Souscripteur s'engage à remettre à chaque Membre Participant une notice d'information établie par la Mutuelle qui définit les garanties prévues au contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur est tenu de remettre cette notice, le document d'information sur le produit d'assurance (IPID) remis par la Mutuelle, ainsi que les statuts et, le cas échéant, le règlement intérieur de la Mutuelle à chaque Membre Participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres Participants, le Souscripteur est également tenu d'informer chaque Membre Participant en lui remettant une notice (ou un avenant ou additif) établi(e) à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise de la notice, des statuts et, le cas échéant, du règlement intérieur au Membre Participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au Souscripteur.

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS POUR L'OUVERTURE DE LA GARANTIE

L'affiliation de chaque Membre Participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis par la Mutuelle

Ainsi, chaque Membre Participant remplissant les conditions définies à l'article 2 du présent document, est tenu :

- de remplir et de signer un Bulletin Individuel d'Affiliation et de joindre l'ensemble des éléments qui y sont visés. Chaque Membre Participant affilié reçoit une Carte mutualiste de Tiers Payant ;
- de déclarer à la Mutuelle, toute modification intervenant dans sa situation (changement de la situation de famille, changement de régime obligatoire, d'adresse, de coordonnées bancaires, etc.). Cette déclaration doit intervenir dans le mois suivant la modification.

ARTICLE 5 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

Article 5-1 - Etablissement de la notice d'information et du document d'information sur le produit d'assurance (IPID).

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, la Mutuelle établit la notice d'information visée à l'article 3 du présent contrat et la remet au Souscripteur. La Mutuelle est également tenue d'établir et de remettre au Souscripteur le document d'information sur le produit d'assurance (IPID).

Article 5-2 - Information relative aux frais de gestion et d'acquisition

Conformément à l'article L. 871-1, 1er alinéa du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique annuellement au Souscripteur le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque.

LES COTISATIONS

ARTICLE 6 - FIXATION DES COTISATIONS

Les prestations du présent contrat sont assurées par la Mutuelle en contrepartie du versement des cotisations. Les cotisations sont annuelles. Elles sont indiquées aux Conditions Particulières du contrat.

ARTICLE 7 - MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont annuelles et sont dues par le Membre Participant, à terme à échoir et font l'objet d'un prélèvement automatique mensuel sur le compte bancaire de ce dernier.

ARTICLE 8 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 II du Code de la Mutualité, il peut être mis fin à la garantie du Membre Participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de l'échéance.

L'exclusion ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de 40 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 cette mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de sa cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat. L'exclusion desdites garanties ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement de prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

LES PRESTATIONS

ARTICLE 9 - PRESTATIONS GARANTIES

Article 9-1 - Nature des prestations remboursées

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer aux bénéficiaires, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés en cas de maladie, d'accident ou de maternité, en complément ou en supplément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire, dans les conditions et limites fixées dans les Conditions Particulières.

Les prestations prévues par chaque formule sont détaillées dans le tableau de garanties figurant aux Conditions Particulières. L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires, ne donnent pas lieu à remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés dans les Conditions Particulières.

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- soit sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- soit sur des bases forfaitaires.

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont indiquées en incluant les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, en vigueur au jour de l'adoption du présent contrat.

Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué, sauf pour les équipements optiques et prothèses auditives où les remboursements incluent la part de l'Assurance Maladie Obligatoire. Sauf précisions contraires, les prestations forfaitaires sont accordées par année civile.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

Toute modification des bases de remboursement et/ou taux de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire ne pourra avoir pour conséquence d'augmenter les engagements de la Mutuelle. Ces prestations resteront en niveau, comme en montant, tel que définis avant ces modifications. Cette clause ne peut en aucun cas porter préjudice au caractère responsable des garanties.

Article 9-2 - Garantie assistance

La garantie assistance « Mutualia Assistance » est en inclusion dans toutes les formules du contrat. Les services et leurs conditions d'application sont décrits dans une Notice d'information spécifique, remise au Membre Participant par le Souscripteur.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par la Mutuelle. Toutes les modifications seront notifiées au Souscripteur qui devra en informer le Membre Participant.

Article 9-3 - Etendue territoriale

Le champ géographique de la Mutuelle est déterminé par ses statuts. En France et à l'étranger, la Mutuelle intervient au profit des Membres Participants et de leurs ayants droit en complément de la Sécurité sociale française si les bénéficiaires sont affiliés ou rattachés à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, dans les limites des garanties souscrites et conditions définies par le présent contrat. Le Membre Participant peut se faire soigner en France, comme dans tout autre pays du monde.

Le règlement des prestations est effectué en France Métropolitaine et en euros.

Article 9-4 - Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant et pour chaque garantie mentionnée à l'annexe.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins ou de facturation se situent avant la date d'effet du contrat, ne peuvent donner lieu à une prise en charge par la Mutuelle.

Article 9-5 - Limite de remboursement – Principe indemnitaire

Conformément à l'article L 224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre Participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 9-6 - Pluralité d'organismes assureurs

En cas de pluralité d'organismes assureurs, le Membre Participant est tenu d'informer la Mutuelle de l'existence de cette pluralité.

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.

Article 9-7 - Conformité des garanties au contrat « solidaire et responsable »

Les garanties du présent contrat répondent au nouveau cahier des charges des contrats responsables, édicté aux articles L.871-1 et R. 871-1 et suivant du Code de la Sécurité sociale tels qu'issus des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

Les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du CSS, ont pour objectifs de réguler les dépassements d'honoraires et d'agir sur le prix de l'optique, des soins dentaires et des aides auditives en interdisant certaines prises en charge et en imposant des plafonds et limites à ces remboursements.

A ce titre, les garanties suivantes sont nécessairement prises en charge par le contrat :

- le remboursement minimum du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, dans le respect du parcours de soins coordonnés (hormis quelques exceptions) ;
- la prise en charge du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée, étant précisé qu'il s'agit uniquement du forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ainsi que le prévoit la circulaire n° DSS/SD2A/SD3A-SD6D-2015-0 du 30 janvier 2015 ;
- les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM/ OPTAM-CO) prévu à la convention médicale nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité ;

De plus, conformément au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, sont pris en charge au titre des contrats responsables :

- la totalité des dépenses d'acquisition de dispositifs médicaux d'optique, d'aides auditives ou de soins prothétiques dentaires appartenant au panier dit « 100% santé » à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix limites vente (PLV) ou des honoraires de facturations plafonnés.
- les dépenses d'acquisition de dispositifs médicaux d'optiques, d'aides auditives, de soins prothétiques dentaires n'appartenant pas au panier « 100% santé » dans le respect des minima et maxima fixés par la réglementation.

Selon le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositions introduites dans le cadre de la réforme 100% santé, sont applicables à compter du :

- 1er janvier 2020 en matière de dispositifs médicaux d'optique médicale et de frais de soins dentaires prothétiques précisés par arrêté ;
- 1er janvier 2021 en matière de dispositifs médicaux d'aides auditives et pour l'ensemble des soins dentaires prothétiques pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans l'arrêté précité.

Article 9-8 - Exclusions au titre du caractère responsable du contrat

Ne sont pas pris en charge, au titre du caractère responsable des garanties :

- La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, acquittée par le Membre Participant ou ses ayants droit, pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie ;
- Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, mises à la charge du Membre Participant ou ses ayants droit, concernant les frais relatifs aux médicaments, actes d'un auxiliaire médical et transports sanitaires ;
- La prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux Membres Participants ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins), tel que visé à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques, tel que prévu au 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

De même, ne pourra être pris en charge toute garantie dont la couverture serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale ou ses textes d'application.

ARTICLE 10 - PRISE D'EFFET ET FIN DES GARANTIES

Les garanties souscrites auprès de la Mutuelle s'appliquent à partir de la date d'effet de l'affiliation, tel que présenté à l'article 3 « affiliation au contrat souscrit » des présentes conditions générales.

La cessation des garanties, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour les Membres Participants et leurs ayants droit éventuels.

Par ailleurs, la perte de la qualité d'ayant droit, telle que définie aux Conditions Particulières, entraîne, pour celui-ci, la perte de la garantie à compter de cette date.

ARTICLE 11 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 11-1 - Pièces justificatives à fournir

La Mutuelle procède aux remboursements des prestations, au vu des décomptes originaux de la Sécurité sociale ou au moyen de télétransmissions établies avec les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire, sur présentation de pièces justificatives originales des dépenses réelles et au vu de toutes pièces que la Mutuelle estimera nécessaires.

Pour les prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire, dans le cas où elles sont prévues à la garantie, la Mutuelle intervient uniquement sur prescription et sur présentation de toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé :

- notification du refus opposé par le Régime Obligatoire si tel est le cas et ;
- notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.

Pour le service des prestations forfaitaires dans le cas où elles sont prévues à la garantie, justification de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation.

Article 11-2 - Tiers payant

Les prestations garanties sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit aux professionnels de santé en cas de délégation de paiement (tiers payant). Dans le cas où les Membres Participants et le cas échéant, leurs ayants droit assurés s'adressent à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le présent contrat leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

La carte mutualiste de tiers payant remise au membre participant permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours qui suivent la cessation de l'adhésion. Tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé. La date prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où la Mutuelle 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 du Membre Participant ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, 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 adressée par la Mutuelle au Membre Participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre Participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

ARTICLE 13 - SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Membres Participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due 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 n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le Membre Participant et ses ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

ARTICLE 14 - DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES AUX CONTROLES

Article 14-1 - Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre tout bénéficiaire à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé afin de vérifier la réalité des dépenses de soins engagées en la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et/ ou à des bonnes pratiques de soins.

Le contrôle s'effectue sur les pièces justificatives fournies par l'adhérent et peut, le cas échéant, donner lieu à une expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de fournir les justificatifs et/ ou se soumettre à l'expertise médicale, la Mutuelle ne prendra pas en charge les dépenses de soins.

Article 14-2 - Expertise médicale

Les différends d'ordre médical auxquels peuvent donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par la Mutuelle. En cas d'expertise médicale, l'adhérent pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais. En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire et le médecin de la Mutuelle, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal civil du domicile du bénéficiaire. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le bénéficiaire et pour la Mutuelle qui supporteront par moitié les frais de sa nomination.

Article 14-3 - Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque. En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 14-4 - Réclamations

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement et/ ou un désaccord envers la Mutuelle. Il est précisé qu'une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation et que ces demandes doivent être adressées au conseil habituel du Souscripteur ou du Membre Participant.

Le Souscripteur ou le Membre Participant peut adresser une réclamation en s'adressant directement à la Mutuelle, à l'adresse indiquée à l'article 18 « contacts utiles » du présent document.

Un accusé de réception lui parviendra dans les dix jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse sera fournie au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de la réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont la Mutuelle le tiendrait informé.

Article 14-5 - Médiation des litiges de la consommation

Conformément aux dispositions du Code de la consommation relative à la « médiation des litiges de la consommation », la Mutuelle propose pour ses Membres Participants un dispositif gratuit de médiation de la consommation.

Ce dispositif est ouvert au Membre Participant pour tous litiges portant sur l'exécution du présent contrat, dès lors :

- Que celui-ci a tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle dans le cadre d'une réclamation conformément aux conditions de l'article 15-4 ci-avant du présent contrat et sans que cette réclamation soit datée de plus d'un an au moment du dépôt de la demande de médiation ;
- Que son litige ne fait ni l'objet d'une instance judiciaire, ni l'objet d'un examen par un autre médiateur ou arbitre ;
- Que son dossier présente une demande légitime, décrite avec précision.

A défaut, le dossier de médiation ne remplira pas les conditions de recevabilité du médiateur.

Le médiateur proposé dans ce cadre **CNPM MÉDIATION CONSOMMATION**. Il peut être joint :

- sur son site internet <https://cnpm-mediation-consommation.eu>
- ou par voie postale : **CNPM MÉDIATION CONSOMMATION - 27, avenue de la Libération - 42400 SAINT-CHAMOND.**

Les parties à la médiation restent cependant libres de se retirer à tout moment de la médiation.

La solution proposée par le médiateur ne s'impose pas aux parties à la médiation, qui sont libres de l'accepter.

Article 14-6 - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont le siège social est situé au 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris CEDEX 09.

Article 14-7 - Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat souscrit auprès de la Mutuelle ainsi que pour l'organisation de sa vie institutionnelle réglementée par les dispositions statutaires, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016.

La Mutuelle, en tant que responsable du traitement, recueille différentes informations qui font l'objet de différents traitements de données à caractère personnel et dont les finalités consistent à effectuer des opérations nécessaires à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat.

En outre, les informations recueillies seront susceptibles d'être également utilisées dans le cadre :

- des opérations de recouvrement et de contentieux ;
- de la prospection commerciale ;
- de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que de lutte contre la fraude, conformément à nos obligations légales ;
- de toute autre finalité qui pourrait être définie sur nos supports.

Le Souscripteur et les Membres Participants, sauf opposition de leur part, sont également susceptibles de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle ou de ses partenaires, pour des produits et services analogues.

Les destinataires des données sont la Mutuelle, son gestionnaire et ses sous-traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé.

Ces informations sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservations et de prescriptions légaux. Elles

peuvent également être conservées pendant une période de trois ans maximum à compter de l'extinction du contrat à des fins de prospection commerciale (sous réserve d'opposition).

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), le Souscripteur, les Membres Participants, ainsi que leurs ayants droit, bénéficient d'un droit d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'un droit de retrait du consentement et, pour motifs légitimes, d'opposition aux informations qui vous concernent, droit qui peut être exercé :

- par courriel : delegue-protection-donnees@mutualia.fr
- par voie postale : Mutualia 19 rue de Paris - 93013 BOBIGNY.

Le Souscripteur et les Membres Participants disposent également d'un droit à réclamation, en matière de protection de données personnelles, auprès de la CNIL à l'adresse suivante : **3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07** ou <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> après ou en l'absence de réponse de la Mutuelle, si vous considérez que le traitement de vos données à caractère personnel constitue une violation des dispositions légales.

Article 14-8 - Lutte contre le blanchiment des capitaux – financement du terrorisme

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (notamment les dispositions prévues par l'ordonnance n° 2016-1635 du 1er décembre 2016 codifiées aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application).

ARTICLE 15 - CONTACTS UTILES

- Siège social de la Mutuelle : Mutualia Territoires Solidaires - 75, avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES.
- Diffusion Santé : société de courtage dont le siège social est situé au 470, rue des Grillères 01580 MATAFELON-GRANGES
- Service de gestion : votre contrat est géré par GMC HENNER, qui sera votre interlocuteur pour toute question relative aux modalités pratiques (modifications administratives, renseignements, remboursements,...) GMC HENNER : Unité de Gestion n°38 1, rue Marcel Paul 44019 NANTES CEDEX 1
Tél : 02 51 88 76 38 gmcg.ug38@henner.fr

LES TABLEAUX DES GARANTIES

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022

GRANDS NAVIGATEURS : MARCO POLO

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	125%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	105%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	125%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	105%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	125%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	125%
Analyses et examens de laboratoire	60%	125%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	250%
Hospitalisation à domicile	-	250%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	20 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	20 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	150 €
Optique		
Equipements 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)		
- Verres simples+monture	60%	205€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	302€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	428€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	254€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	316€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	365€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (8)	-	RSS + 50€ / an
Autres prestations optiques à tarifs libres (7)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	100 € / oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (7)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	150%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	130%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non présentes dans la nomenclature (CCAM) (9)	0% à 70%	150%
- Implants/Parodontologie non pris en charge RO (10)	-	206 € / an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	70%	150%
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	150%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	120 € / an
Aides auditives (11)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	125%
Cures thermales (12)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	5% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : MARCO POLO

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (13)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO, homéopathie (14)	-	50 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	105 € / an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 105% BR.

(2) y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...)

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(9) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

(10) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018)

(11) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(12) Uniquement si prise en charge par le RO.

(13) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADEL1, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Étioopathes inscrits au Registre National des Étioopathes et membres de l'Institut Français d'étioopathie.

(14) Par bénéficiaire.

Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022

GRANDS NAVIGATEURS : LA PEROUSE

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	175%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	155%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	175%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	155%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	175%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	150%
Analyses et examens de laboratoire	60%	175%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	250%
Hospitalisation à domicile	-	250%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	20 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	20 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	200 €
Optique		
Equipements 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)		
- Verres simples+monture	60%	240€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	468€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	633€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	354€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	436€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	550€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (7)		
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (8)	-	RSS + 80€ / an
Autres prestations optiques à tarifs libres (7)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	100 € / oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (7)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	150%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	130%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non présentes dans la nomenclature (CCAM) (9)	0% à 70%	150%
- Implants/Parodontologie non pris en charge RO (10)	-	206 € / an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	70%	150%
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	150%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	200 €
Aides auditives (11)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	150%
Cures thermales (12)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	6% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : LA PEROUSE

Régime
obligatoire (RO)

Régime obligatoire + Mutualia

Prévention	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (13)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO, homéopathie (14)	-	50 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	105 € / an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 155% BR.

(2) y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...)

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(9) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

(10) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018)

(11) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(12) Uniquement si prise en charge par le RO.

(13) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADEL1, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Étioopathes inscrits au Registre National des Étioopathes et membres de l'Institut Français d'étioopathie.

(14) par bénéficiaire.

Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022

GRANDS NAVIGATEURS : CARTIER

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	175%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	155%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	175%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	155%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	175%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	175%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Analyses et examens de laboratoire	60%	175%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation à domicile	-	400%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	40 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	20 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	250 €
Optique		
Equipements 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)		
- Verres simples+monture	60%	240€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	468€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	633€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	354€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	436€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	550€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (8)	-	RSS + 120€ / an
Autres prestations optiques à tarifs libres (7)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	150 € / oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (7)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	180%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non présentes dans la nomenclature (CCAM) (9)	0% à 70%	200%
- Implants/Parodontologie non pris en charge RO (10)	-	310 € / an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	70%	200%
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	150%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	300 € / an
Aides auditives (11)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	175%
Cures thermales (12)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	11% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : CARTIER

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (13)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO, homéopathie (14)	-	50 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiothérapie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	125 € / an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 155% BR.

(2) y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...)

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(9) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

(10) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018)

(11) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(12) Uniquement si prise en charge par le RO.

(13) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADEL1, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Étiothérapeutes inscrits au Registre National des Étiothérapeutes et membres de l'Institut Français d'étiothérapie.

(14) par bénéficiaire.

Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022

GRANDS NAVIGATEURS : VASCO

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	250%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	200%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	250%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60%	250%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation à domicile	-	400%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	60 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	47 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	300 €
Optique		
Equipements 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)		
- Verres simples+monture	60%	275€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	522€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	690€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	399€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	483€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	606€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (7)		
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (8)	-	RSS + 189€ / an
Autres prestations optiques à tarifs libres (7)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	200 € / oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (7)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	250%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non présentes dans la nomenclature (CCAM) (9)	0% à 70%	250%
- Implants/Parodontologie non pris en charge RO (10)	-	413 € / an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	70%	250%
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	250%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	400 €
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors soins et hors dispositif 100% santé)		
- 1ère année d'adhésion	-	800 € / an
- 2ème année d'adhésion et suivantes	-	1200 € / an
Aides auditives (11)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	200%
Cures thermales (12)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	12% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : VASCO

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (13)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO, homéopathie (14)	-	50 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	150 € / an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 200% BR.

(2) y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...)

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(9) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

(10) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018)

(11) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(12) Uniquement si prise en charge par le RO.

(13) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADEL1, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Étioopathes inscrits au Registre National des Étioopathes et membres de l'Institut Français d'étioopathie.

(14) Par bénéficiaire.

Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022

GRANDS NAVIGATEURS : COLOMB

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	400%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	200%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	400%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	250%
Analyses et examens de laboratoire	60%	400%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation à domicile	-	400%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	80 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	47 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	350 €
Optique		
Equipements 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)		
- Verres simples+monture	60%	380€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	602€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	725€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	491€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	553€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	664€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (7)		
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	-	RSS + 189€ / an
Autres prestations optiques à tarifs libres (7)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	250 € / oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (7)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	350%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non présentes dans la nomenclature (CCAM) (8)	0% à 70%	350%
- Implants/Parodontologie non pris en charge RO (9)	-	516 € / an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	70%	350%
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	350%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	500 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors soins et hors dispositif 100% santé)		
- 1ère année d'adhésion	-	1000 € / an
- 2ème année d'adhésion et suivantes	-	1400 € / an
Aides auditives (10)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	250%
Cures thermales (11)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	15% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : COLOMB

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (12)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO, homéopathie (13)	-	60 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	175 € / an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 200% BR.

(2) y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...)

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'un prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

(9) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018)

(10) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(11) Uniquement si prise en charge par le RO.

(12) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADEL, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Étiopathes inscrits au Registre National des Étiopathes et membres de l'Institut Français d'étiopathie.

(13) Par bénéficiaire.

Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022

GRANDS NAVIGATEURS : MAGELLAN

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques (1)		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	400%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	200%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	400%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	300%
Analyses et examens de laboratoire	60%	400%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux (2)		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation à domicile	-	400%
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	110 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	47 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	400 €
Optique		
Equipements 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)		
- Verres simples+monture	60%	380€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	602€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	725€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	491€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	553€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	664€ dont 100 € max monture
Autres prestations optiques 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (8)	-	RSS + 189€ / an
Autres prestations optiques à tarifs libres (7)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	250 € / oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (7)		
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Consultations - Actes de Stomatologie adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	450%
Consultations - Actes de Stomatologie non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)		
- Prothèses dentaires prises en charge RO ou non présentes dans la nomenclature (CCAM) (9)	0% à 70%	450%
- Implants/Parodontologie non pris en charge RO (10)	-	620 € / an
- Implantologie/parodontologie prise en charge RO	70%	450%
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	350%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	600 € / an
Plafond annuel de la garantie dentaire (ensemble des prestations dentaires hors soins et hors dispositif 100% santé)		
- 1ère année d'adhésion	-	1200 € / an
- 2ème année d'adhésion et suivantes	-	1600 € / an
Aides auditives (11)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	300%
Cures thermales (12)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	17% PMSS / an

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2022 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : MAGELLAN

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels
Bien-être (13)		
- Pilules contraceptives, traitements oestro-progestatifs, implants contraceptifs non PEC RO, sevrage tabagique non PEC RO, Pharmacie non PEC RO, homéopathie (14)	-	70 € / an
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, diététicien, psychomotricien, pédicure/podologue	-	200 € / an
- Analyses non remboursées par le RO	-	
- Psychologue libéral	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Pour les consultations et visites en secteur non conventionné, limité à 200% BR.

(2) y/c pour les séjours en maison de repos, de convalescence, et hospitalisation à domicile.

(3) La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en cas d'hospitalisation chirurgicale et médicale en secteur conventionné, et limitée à 30 jours pour toutes les autres situations (psychiatrie...)

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours par an.

(5) Sous condition d'adhésion de plus de 9 mois et sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie

(7) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(8) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

(9) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non pris en charge par le RO" : Rescellement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronaradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique et par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronaradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

(10) Liste des actes limitativement couverts par le forfait "parodontologie non prise en charge par le RO" : Bilan parodontal (HBQD001), Ostéoplastie soustractive de l'arcade alvéolaire, secteurs de 1 à 7 dents (HBFA003, HBFA004, HBFA005), gingivectomie (HBFA006, HBFA008), Exérèse d'hypertrophie gingivale ou de crête flottante (HBFA012, HBFA013), surfaçage radiculaire dentaire sur un sextant (HBGB006), assainissement parodontal par lambeau sur un sextant (HBJA003), pose d'un dispositif uni maxillaire de contention extra coronaire par attelle composite (HBLD050, HBLD052), séance de préparation tissulaire des surfaces d'appui muqueux d'une prothèse, sur une arcade (HBMD018)

(11) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. La prise en charge est limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(12) Uniquement si prise en charge par le RO.

(13) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADEL1, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement.

(14) par bénéficiaire.

Les conditions de remboursement du forfait sont détaillées dans vos documents contractuels.

ANNEXE 2– CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

Cette annexe précise ou complète les informations présentes au tableau de garanties. .

Soins courants

- **Dépassement d'honoraires**

La Mutuelle prend en charge les dépassements d'honoraires sous réserve que ces derniers soient prévus dans le tableau des garanties et facturés sur la feuille de soins à l'exclusion des actes hors nomenclature (HN)

- **Substituts nicotiques**

Quelle que soit la formule choisie, la Mutuelle rembourse les substituts nicotiques pris en charge par le RO.

Les substituts nicotiques permettant un remboursement de la part de la Mutuelle sont les patches, gommes et pastilles. **Les cigarettes électroniques ne sont pas remboursées par la Mutuelle.**

En cas de souscription d'un forfait bien-être et prévention, la Mutuelle peut intervenir pour rembourser les substituts nicotiques non pris en charge par le RO. **La Mutuelle intervient uniquement sur prescription et sur présentation de justificatifs de paiements.**

Hospitalisation

En cas de séjour à l'étranger, les taux et bases de remboursement appliqués par la Mutuelle sont identiques à ceux pratiqués en France, par l'Assurance Maladie Obligatoire française. La Mutuelle intervient sur présentation de justificatifs et uniquement dans les cas où l'Assurance Maladie Obligatoire française intervient et ce, dans le respect des « contrats responsables. Le règlement des prestations est effectué en France Métropolitaine et en euros.

- **Frais de séjour**

La Mutuelle prend en charge la totalité du ticket modérateur relatif aux frais de séjours dans un établissement de santé public et privé conventionné par le RO. La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur relatif aux frais de séjour dans un établissement de santé privé non conventionné sur la base du tarif d'autorité appliqué à ce type d'établissement. Selon la garantie souscrite, les frais de séjour dans un établissement de santé conventionné ou non peuvent être pris en charge par la Mutuelle pour un montant supérieur au ticket modérateur.

- **Frais de soins**

La Mutuelle intervient sur présentation de justificatifs et uniquement dans les cas où l'Assurance Maladie Obligatoire française intervient et ce, dans le respect des « contrats responsables.

Les soins dispensés dans établissements de santé non conventionnés avec l'Assurance Maladie Française feront l'objet d'une prise en charge sur la base et taux d'un remboursement appliqués par le régime obligatoire français pour les établissements non conventionnés.

En cas de séjour dans les établissements non conventionnés par l'Assurance maladie, en France comme à l'étranger, le remboursement est limité à 200% de la Base de remboursement reconstituée, frais de séjour compris. Cette limite est fixée réglementairement par l'absence d'Option Pratique Tarifaire maîtrisée (Non OPTAM) dans ce type d'établissement.

- **Chambre particulière avec nuitée**

Si le tableau des garanties le prévoit, la Mutuelle verse au Membre Participant un montant forfaitaire par journée d'hébergement dans la limite du nombre de jour prévu au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire.**

La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés.

- **Chambre particulière en ambulatoire**

Si le tableau des garanties le prévoit la Mutuelle verse au Membre Participant un montant forfaitaire par journée d'hébergement dans la limite du nombre de jour prévu au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire.**

La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés.

- **Forfait d'accompagnement de l'enfant ou l'adulte**

Si le contrat le prévoit, en cas d'hospitalisation d'un enfant ou de l'adulte dont l'âge est visé au tableau des garanties, la mutuelle verse un forfait pour le paiement des dépenses d'hébergement (frais de nuitée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement conventionné avec l'hôpital et frais de repas), dans la limite du nombre de jour prévu au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire. La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés**

- **Forfait confort à l'hôpital**

Si le contrat le prévoit et comme visé au tableau des garanties, les frais pris en charge dans le cadre du forfait confort à l'hôpital sont les suivantes : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire

Il est limité au nombre de jour prévu au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire**, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

- **Prime de naissance ou d'adoption**

Si le contrat le prévoit, en cas de naissance, une prime de naissance est versée par la Mutuelle, à condition que l'enfant soit affilié au contrat. Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat dans les 3 mois suivant la naissance au travers d'un bulletin d'adhésion, pour une prise d'effet des garanties au jour de sa date de naissance. A défaut, et en cas de demande de rattachement postérieurement au délai susvisé, la prise d'effet des garanties sera opérée au 1er jour du mois suivant la demande.

Le plafond est doublé en cas de naissances ou adoptions multiples. Le versement de la prime se fait sur demande du Membre Participant.

Optique

- **Forfait équipements optiques « 100% santé » et « panier libre »**

- a. **Définition**

La garantie « équipement optique » proposée par la Mutuelle, vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition d'équipements d'optique médicale, en complément du remboursement RO.

Par « équipement d'optique médicale », il convient d'entendre un équipement composé de **deux verres et d'une monture**.

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le cadre du forfait « équipement optique », sont définies en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables, dans les conditions présentées ci-après.

Le montant total de la prise en charge des équipements optiques prévu par la Mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe du présent document. **Il inclut la part de remboursement du régime obligatoire et du ticket modérateur. Ainsi, en cas d'utilisation du forfait dans sa globalité, le ticket modérateur ne peut faire l'objet d'un remboursement.**

Dans le cadre de la réforme 100% santé, le forfait équipement optique est distingué en deux classes :

- les équipements 100% santé, de classe A, dont les tarifs sont plafonnés. Ils couvrent tous les besoins de correction visuelle et respectant les critères de performance technique et de qualité (traitement antireflets obligatoires, amincissement des verres en fonction du trouble, anti-rayures, anti-UV) ;
- les équipements à tarifs libres, de classe B, sans plafonnement tarifaire.

b. Montants des remboursements

Les équipements 100% santé **sont obligatoirement et intégralement pris en charge par la Mutuelle, à hauteur des frais exposés par l'assuré en plus du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente.**

Les montants de prise en charge des équipements à tarifs libres, dépendent de la formule choisie et du type d'anomalie de la vision.

Le montant du forfait lunette comprend en outre une limite propre au remboursement de la monture. Selon la réglementation en vigueur, le montant de remboursement de la monture ne peut excéder 100€.

Les forfaits équipements appartenant au panier libre sont ainsi distingués entre équipements à verres simples, complexes ou mixtes de la manière présentée dans le tableau ci-dessous. **Ils respectent, en tout état de cause, les planchers et plafonds fixés par la réglementation, en fonction de la nature des verres composant l'équipement.**

Catégorie	Verres composant l'équipement
Verres simples	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres simples, corrigeant un défaut spécifique tel que la myopie légère, l'astigmatisme léger (corrige un défaut de loin ou de près).</p> <p>Les verres compris dans la catégorie à verres simples sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 - verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $< \text{ou} = +4,00$ • dont la sphère est positive et dont la somme S^* est inférieure à 6,00
Verres complexes ou très complexes	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres complexes ou très complexes composés de 2 ou 3 foyers corrigeant chacun un défaut visuel spécifique, permettant une amélioration de la vision que ce soit de près ou de loin. On retrouve dans cette catégorie les verres progressifs qui corrigent notamment la presbytie.</p> <p>Les verres compris dans la catégorie à verres complexes sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 - Verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> o dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $> +4,00$ o dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est $> \text{ou} = +0,25$ o dont la sphère est positive et dont la somme S^* est supérieure à 6,00 - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et +8,00 - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme $S^* < \text{ou} = +8,00$ <p>Verres multifocaux et progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries - dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries - dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $> +8,00$
Verres mixtes	<p>L'équipement est composé d'une monture et soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'un verre simple et d'un verre complexe ; - d'un verre simple et d'un verre très complexe - d'un verre complexe et d'un verre très complexe <p>Les catégories de verres composant ces équipements sont définies en 1, 2 et 3 du présent tableau.</p> <p>Chaque verre corrigeant un défaut spécifique à l'œil correspondant.</p>

c. Articulation entre le panier 100% santé et le panier libre

Les bénéficiaires ont la possibilité de mixer entre les deux paniers, en souscrivant une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement.

Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement libre (de classe B), dans la limite des prix limites de vente. Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optiques, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.

d. Périodicité de renouvellement

La prise en charge au titre du forfait « équipement optique » est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture par période de deux ans.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et ne, pouvant pas ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait équipements optiques peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux des déficits mentionnés ci-dessous.

Le reliquat du forfait non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

Par dérogation, cette période est réduite à :

- **un an (12 mois) après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres), pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;**
- **six mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres), pour les enfants de moins de 7 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.**
- **un an (12 mois) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires.**

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières : **une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux ; une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique** précisées par la liste fixée par arrêté et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois ou 6 mois, tels que présenté ci-dessus) s'apprécie à la date d'acquisition de de l'équipement ou d'un élément de l'équipement optique (verre ou monture). Il s'agit d'une période fixe, qui ne peut être ni réduite, ni allongée.

Il ne peut en aucun cas y avoir de report de remboursement d'une période sur une période suivante.

Lorsque le Bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date **d'acquisition du premier élément de l'équipement optique** (verre ou monture) et s'achève deux ans après (1 an ou 6 mois après, dans certains cas exceptionnels, tel que présenté ci-dessus).

Une adhésion à une formule optionnelle ou un changement de formule ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- **Si le bénéficiaire n'a pas entamé sa prestation équipement optique avant ce changement de formule**, il bénéficiera des montants nouvellement souscrits à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule. La période de deux ans commencera dès l'acquisition de tout ou partie de son équipement ;
- **Si le bénéficiaire a utilisé sa prestation équipement optique pour l'achat d'un équipement complet (verres + montures)**, il devra attendre la fin de sa période de deux ans qui a commencé **après la date d'acquisition du premier élément de l'équipement**, pour bénéficier des montants nouvellement souscrits, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet ;
- **Si le bénéficiaire a entamé sa prestation équipement optique pour l'achat d'un équipement (verres ou monture)**, la date de fin de sa période de deux ans reste inchangée. Que le changement de garantie soit à la hausse ou à la baisse, **il bénéficiera des montants de remboursements nouvellement souscrits à compter de leur date d'effet pour les seuls éléments de son équipement (verres ou monture) n'ayant pas déjà fait l'objet d'un remboursement.**

Exemple : le contrat du Membre Participant prévoit un plafond de garantie de 100 euros pour la monture et 190 euros par verre (selon grille) et la période de 2 ans est fixée à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Le Membre Participant acquiert le 28 septembre 2019 deux verres foyer (simple foyer, 4 dioptries par exemple) pour un total de 300 euros. En janvier 2020, il souhaite acquérir une monture pour compléter son équipement optique. La monture pourra être couverte dans la limite de 100 euros. La prise en charge du renouvellement de son équipement (verres et monture) pourra s'effectuer à compter du 29 septembre 2021.

- **Lentilles prises en charge ou non par le RO**

Le montant du forfait varie en fonction de la garantie souscrite. La période d'utilisation du forfait est d'une année civile. Au cours de cette période, le bénéficiaire a droit à un ou plusieurs remboursement(s) à hauteur du forfait global.

Au-delà du forfait, la Mutuelle continue de prendre en charge les lentilles remboursées par le RO à hauteur du ticket modérateur.

- **Autres prestations optiques**

Outre les prestations « équipement optique médicale », lentilles, et chirurgie réfractive de l'œil si le tableau des garanties le prévoit, la garantie accordée par la Mutuelle prend en charge **les prestations d'adaptation de la correction, les verres neutres, la prestation d'appairage et les prismes.**

Comme pour les équipements optiques, ces prestations sont classées en deux paniers :

- Panier 100% santé : concerne la prestation **d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien, l'appairage, les verres avec filtre ;**
- Panier à tarifs libres : concerne la prestation **d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien, l'appairage, les verres avec filtre, les prismes, le système antiptosis, les verres iséiconiques.**

Les suppléments et autres prestations optiques appartenant au panier 100% santé **sont pris en charge par la Mutuelle à hauteur des frais exposés par l'assuré, en sus du tarif de responsabilité dans la limite des prix limites de vente.**

Les prestations classées en panier libre sont prises en charge à hauteur du ticket modérateur, tel que présenté dans le tableau de garanties

Dentaire

- **Soins et prothèses dentaires**

Deux catégories de soins et prothèses dentaires sont prévues par la garantie :

- **Soins et prothèses appartenant au panier 100% santé** : les actes sont à entente directe limitée (*ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation et sont remboursés intégralement par les contrats responsables*). Le panier 100% Santé s'appliquera aux couronnes céramo-métalliques et bridge pour les dents du sourire, aux couronnes métalliques pour toutes les dents, et aux appareils amovibles en résine
- **Soins et prothèses n'appartenant pas au panier 100% santé** : concerne les soins et prothèses :
 - **à reste à charge maîtrisé** : les actes sont à entente directe limitée (ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation), cependant ils peuvent **présenter un reste à charge pour l'adhérent**. Il s'appliquera sur les couronnes céramo-métalliques pour les dents intermédiaires, les bridges pour les dents postérieures, les appareils amovibles en stellite ;
 - **à panier libre** : les actes sont **sans plafonnement** et l'adhérent peut choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués.

Les actes et prestations, proposés par le biais de chaque panier, diffèrent selon la nature des matériaux, le type de prothèse et la localisation de la dent.

Dans le cadre du contrat responsable, les garanties relevant du :

- Panier 100% santé sont pris en charge obligatoirement et sont remboursés intégralement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la Mutuelle, à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'adhérent en plus des tarifs de responsabilités dans la limite des honoraires de facturation ou du prix limites de vente et sont sans reste à charge ;
- Panier hors 100% santé (à « reste à charge maîtrisé » ou « libre »), les remboursements de la Mutuelle varient en fonction de la formule choisie, tel que présenté dans le tableau de garanties figurant en annexe du présent document.
- **Autres prestations dentaires**

Pour l'Orthodontie non PEC RO, les IPP (Implantologie, Parodontologie, Prophylaxie bucco-dentaire), les prothèses non prises en charge par le Régime Obligatoire, ou tout autre prestation prévue au tableau des garanties, et figurant à la nomenclature RO ainsi que les soins non PEC RO une garantie forfaitaire utilisable par année civile est prévue ou non selon la formule choisie.

Ce forfait rembourse uniquement les prestations médicalement prescrites et non prises en charge par le Régime Obligatoire. En outre, ces prestations doivent être inscrites à la nouvelle classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire à l'exception des actes d'orthodontie qui restent inscrits à l'ancienne nomenclature des actes techniques dentaires.

Aides auditives

- Equipements « panier 100% santé » et « panier libre »

a. Définition des modalités de prise en charge

La garantie « aides auditives » accordée par la Mutuelle, vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition de prothèses auditives.

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le cadre du forfait « équipement audioprothèse », sont définies en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables, dans les conditions présentées ci-après.

Le montant total de la prise en charge des équipements auditifs prévu par la Mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe du présent document. Il est exprimé par oreille et par bénéficiaire et inclut la part de remboursement de l'assurance maladie et du ticket modérateur, sans pouvoir excéder 1 700€.

Dans le cadre de la réforme 100% santé, le forfait équipement « audioprothèses » est distingué en deux classes :

- Les équipements 100% santé, de classe I, à tarifs plafonnés ;
- Les équipements à tarifs libre, de classe II.

b. Renouvellement

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de **4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Le délai de 4 ans court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.**

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.

Le reliquat du forfait non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

Une adhésion à une formule optionnelle ou un changement de formule ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- **Si le bénéficiaire n'a pas entamé sa prestation équipement audioprothèses avant ce changement de formule**, il bénéficiera des montants nouvellement souscrits à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule. La période de quatre ans commencera dès l'acquisition de tout ou partie de son équipement ;
- **Si le bénéficiaire a utilisé sa prestation équipement audioprothèses pour l'achat d'une prothèse par oreille**, il devra attendre la fin de sa période de quatre ans qui a commencé après la date d'acquisition de l'équipement de chaque oreille, pour bénéficier des montants nouvellement souscrits, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet ;
- **Si le bénéficiaire a entamé sa prestation équipement audioprothèses pour l'achat d'un équipement pour une oreille (droite ou gauche)**, la date de fin de sa période de quatre ans reste inchangée. Que le changement de garantie soit à la hausse ou à la baisse, il bénéficiera des montants de remboursements nouvellement souscrits à compter de leur date d'effet pour la seule prothèse (droite ou gauche) n'ayant pas déjà fait l'objet d'un remboursement.

Cures thermales

En fonction de la formule choisie, la Mutuelle peut intervenir pour prendre en charge les frais de soins, d'hébergement et de transport.

Il est précisé que la Mutuelle intervient uniquement :

- en cas de prise en charge de la cure par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- sur prescription et présentation des justificatifs de paiement.

Prévention

La Mutuelle prend en charge l'ensemble des actes de préventions pris en charge par le RO, tels que définis par l'arrêté du 8 juin 2016, pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code et définis ci-dessous :

- Prévention des caries pour les enfants : scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Détartrage annuel dentaire : un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Dépistage des troubles du langage pour les enfants : bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage auditif : une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
 - Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

- Autres actions de prévention prises en charge par le RO : les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - Coqueluche : avant 14 ans ;
 - Hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - Haemophilus influenza B ;
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Bien-être

Forfait Bien-Être et Prévention à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci sont prises en charge par le RO, intervention en complément du contrat de base et à hauteur de la dépense engagée et ce dans la limite du montant du forfait indiqué, telles que visées dans le tableau de garanties.

Le reliquat du forfait annuel non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur l'année suivante.

Des prestations mentionnées sur le tableau de garanties peuvent ne pas être listées ci-dessous, **celle liste n'étant pas exhaustive.** Il convient donc de se référer aux informations présentes sur le tableau de garanties.

- **Contraception** : pilule, patch et implant prescrits par un médecin ou une sage-femme. Le forfait ne comprend pas la prise en charge des préservatifs.
- **Pharmacie prescrite non remboursable par l'Assurance maladie obligatoire** : Les médicaments, les préparations (magistrales, officinales...) et les autres produits pharmaceutiques, non remboursés par l'assurance maladie Obligatoire, dont la TVA est fixée à l'article 278 quater du Code Général des Impôts, sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve des limitations prévues au tableau de garanties.
- **Traitement préventif du paludisme** : le forfait prend en charge les dépenses de médicaments et de spécialités pharmaceutiques sur prescription médicale.
- **Appareillage** : le forfait est versé pour tout appareillage non remboursé par le Régime Obligatoire, dès lors qu'il est prescrit par un médecin, acheté chez un fournisseur de biens médicaux et dans la limite des frais engagés par l'adhérent.
- **Pédicure-Podologue, Psychomotricien**, inscrit au répertoire ADELI
- **Médecine douces** : ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce forfait, que les consultations, des professionnels suivants :
 - **Ostéopathe/Chiropracteur**, inscrit au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer ;
 - **Acupuncture**, exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste, disposant des diplômes leur permettant de pratiquer ces actes légalement ;
 - **Etiopathie**, exercée par un praticien recensé dans l'annuaire de l'Institut français des étioopathes.
 - **Psychologue Nutritionniste/Diététicien, Psychomotricien** inscrits au répertoire ADELI ou au répertoire amené à le remplacer.
- **Vaccins** : le forfait prend en charge les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire et prescrits ou non par un médecin.
- **Sevrage tabagique** : la Mutuelle prend en charge les substituts nicotiniques (patch, gommes...) délivrés sur prescription médicale.
- **Prothèses capillaires suite à une radio ou une chimiothérapie** : avec ou sans prescription médicale, sur présentation des justificatifs.
- **Frais d'accompagnement du bénéficiaire de plus de 60 ans à l'hôpital** : sur présentation des justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes.
- **Frais de déplacements et d'hébergement en cure thermique** : sur prescription médicale, frais non pris en charge par le Régime Obligatoire prescrit ou non par un médecin.
- **Basse vision** : sert à financer l'achat du matériel permettant d'améliorer les capacités visuelles des personnes mal voyantes : télé agrandisseurs, loupes électroniques, loupes à main, loupes éclairantes, etc.
- **Fournitures incontinences** : avec ou sans prescription médicale, non remboursées par le Régime Obligatoire.
- **Fournitures et entretien appareillage auditif**
- **Visite annuelle du sport +test d'effort**
- **Assistance médicale à la procréation**

ANNEXE 3 – LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ

100% santé : Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Acte coûteux : un ticket modérateur forfaitaire s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60, pratiqué lors d'une consultation en ville ou en établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe, à l'exception des prothèses dentaires, des actes de biologie et d'anatomo-cytopathologie. Le montant de ce ticket est fixé par voie réglementaire. Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds » (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

(i) Cette participation forfaitaire se substitue au Ticket modérateur, elle est prise en charge par la Mutuelle.

Aides auditives : Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

A compter du 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100% santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) seront prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Adhérent / Membre Participant : Personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit, le cas échéant, à ses ayants droit.

Aide médicale de l'État (AME) : Dispositif destiné à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Base de remboursement (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Les honoraires des praticiens peuvent être supérieurs à cette base (dépassements d'honoraires). On distingue :

- **Le Tarif de convention (TC)** : Tarif appliqué lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Le taux de remboursement de la Sécurité sociale est calculé à partir de ce tarif qui est fixé par convention entre les Syndicats représentant les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie.
- **Le Tarif d'autorité (TA)** : Tarif applicable au remboursement d'actes médicaux effectués par des praticiens non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Attention, il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- **Tarif de responsabilité (TR)** : pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire : Personne couverte par les garanties (Adhérent ou ayant droit), ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif.

Chambre particulière avec nuitée : Lors d'un séjour dans un établissement de santé l'Adhérent peut bénéficier à sa demande d'une chambre individuelle.

Les frais de la chambre particulière ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire sous réserve d'une prescription médicale imposant l'isolement du malade.

Chambre particulière en ambulatoire : Les établissements publics ou conventionnés peuvent facturer le prix d'une chambre particulière pour une hospitalisation dite « de jour » (inférieure à 12 h) dans un établissement de santé.

Chirurgie réfractive : Techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie..... hors cataracte) permettant de corriger les défauts visuels. L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par la Mutuelle.

Classe A : Nomenclature de verres optiques qui bénéficient d'une prise en charge intégrale et dont le prix de vente est encadré.

Classe B : Nomenclature de verres optiques dont la prise en charge est définie dans le cadre du contrat de complémentaire santé et dont le prix de vente est libre.

Classe de produits (article L165-1 CSS) : Le remboursement par la sécurité sociale des dispositifs médicaux est subordonné à leur inscription sur la « Liste des produits et prestations remboursables » (LPP), soit par la description générique du produit, soit sous la forme d'une marque ou d'un nom commercial.

L'inscription peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations, plusieurs classes, définies selon le service rendu et le rapport entre ce service et le prix / tarif envisagé.

(ii) Au moins une des classes fait l'objet d'une prise en charge 100% santé.

Conventionné/non conventionné : Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire, les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire variant selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Contrats « complémentaire santé » responsables : Contrats de frais de santé qui respectent l'ensemble des obligations, des interdictions et des limitations en ce qui concerne la prise en charge des dépenses de santé, définies l'article L. 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Nos garanties ont été élaborées en conformité avec ce texte.

Complémentaire Santé Solidaire (CSS) : Dispositif qui donne droit, sous certaines conditions, à une assurance maladie complémentaire soit à titre gratuit soit à titre onéreux pour 1 euro par jour et par personne. Pour en bénéficier il faut :

- résider en France depuis plus de 3 mois ;
- être en situation régulière ;
- avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain montant
- Bénéficier d'un régime d'Assurance maladie obligatoire

Devis : Le devis est un document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 euros comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document. Dans le cadre de la réforme des équipements « à prise en charge renforcée », les opticiens et audioprothésistes devront obligatoirement proposer un devis pour une offre entrant dans le panier d'équipements « à prise en charge renforcée ».

Avant de réaliser des soins prothétiques, les chirurgiens-dentistes doivent aussi remettre aux patients un devis. Une fois les soins réalisés, les chirurgiens-dentistes doivent présenter une facture aux patients qui reprend, en totalité ou partiellement, l'ensemble des éléments du devis.

Le devis peut aussi être présenté à une assurance maladie complémentaire préalablement à tout soin, afin d'obtenir une évaluation sur les frais restant à la charge de l'assuré.

Forfait journalier hospitalier (FJH) : Mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (CSS), le forfait journalier hospitalier est une participation forfaitaire mise à la charge des personnes hospitalisées dans les établissements de santé publics et privés.

Le FJH comprend les frais liés à l'hébergement du patient ou de l'usager : frais hôteliers, alimentation, lingerie, chauffage etc...

Son montant est fixé par arrêté ministériel. En 2018, il s'élève à 20 euros et de 15 euros pour un séjour en établissement psychiatrique.

Le FJH s'applique aux séjours en hospitalisation complète, dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie.

Le FJH peut aussi être supporté par des usagers admis dans les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'Action sociale et des Familles.

Forfait urgences : forfait facturé pour tout passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation (article 28 du PLFSS 2021), sauf pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) en seront dispensés.

Frais de séjours (hors forfait hospitalier) : Les frais de séjour, journaliers, comprennent l'ensemble des prestations assurées par un établissement de santé : analyses, médicaments, radiologies, rémunération du personnel et des médecins. Le Régime Obligatoire prend en charge une partie des frais de séjour dans un établissement de santé public ou privé conventionné ou non par le Régime Obligatoire. Certaines catégories de patients admis dans un établissement de santé public ou privé conventionné peuvent bénéficier d'une prise en charge par le Régime Obligatoire à 100%.

Franchises médicales : Somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire. Cette somme reste à la charge de l'assuré et son montant est de :

- 50 centimes par boîte de médicament remboursable, sauf médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation,
- 50 centimes par acte paramédical, sauf pour ceux réalisés au cours d'une hospitalisation.
- 2 euros pour chaque transport sanitaire, sauf transports

d'urgence. La franchise est plafonnée :

- Annuellement : à 50 euros par personne, toutes prestations confondues ;
- Quotidiennement : à 2 euros pour les actes paramédicaux et 4 euros pour les transports

sanitaires. En sont exonérés :

- Les enfants de moins de 18 ans ;
- Les femmes enceintes à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après la date de l'accouchement ;
- Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;
- Les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence ;
- Les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Elles ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé responsable, sinon le contrat est requalifié de contrat non responsable.

Inlay Core : Pièce, le plus souvent métallique, destinée à remplacer la partie coronaire de la dent lorsque celle-ci est trop fragile pour supporter un élément prothétique.

Cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100% santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte

Inlay/Onlay : L'onlay (ou inlay selon la partie de la dent à réparer) est une pièce prothétique, le plus souvent en céramique. Il reconstitue la partie très abîmée d'une dent :

- Onlay : sur la dent
- Inlay : dans la dent.

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% santé ». Leur tarif sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021 (pour les inlays composite). Certains contrats responsables peuvent prendre en charge les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

Membre Participant : Personnes physiques qui versent une cotisation et qui bénéficient des prestations de la Mutuelle à laquelle elles sont affiliées ou ont adhéré et en ouvrent droit à leurs ayants droit.

Membre Honoraire : Personnes physiques, qui versent une cotisation et qui bénéficient des prestations de la mutuelle.

Optam / Optam-Co : La finalité de l'Optam, Optam- CO est d'améliorer le remboursement des soins en encadrant les dépassements d'honoraires.

- Optam : option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ;
- Optam-CO : option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

Les médecins peuvent ou non adhérer aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée que sont l'Optam et l'Optam-Co. Ceux qui y adhèrent prennent l'engagement de respecter un taux d'activité à tarifs opposables et un taux de dépassement moyen d'honoraires. En contrepartie, les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient d'une part, des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables et d'une rémunération spécifique.

Parcours de soins coordonnés : La loi du 13 août 2004 avait mis en place, pour chaque patient, un mécanisme de coordination des soins qui repose sur un médecin pivot appelé « médecin traitant ». Le médecin traitant se voit confier un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient vers d'autres spécialistes et coordonne les différentes interventions des professionnels de la santé afin de rationaliser et d'optimiser ses soins.

Tout assuré et ses ayants droit de plus de 16 ans doivent déclarer à leur Régime Obligatoire (CPAM, MSA, ...) un médecin traitant. Un assuré se trouve hors du parcours de soins coordonnés s'il n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il a consulté un autre praticien sans être orienté par son médecin traitant. Des exceptions existent pour certains actes et soins et pour certains spécialistes que l'assuré peut consulter directement.

Le Régime Obligatoire peut majorer le montant de la participation de l'Adhérent si celui-ci ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

Participation forfaitaire d'un euro : Les assurés doivent s'acquitter d'une participation forfaitaire de 1 euro pour chaque acte, ou pour chaque consultation pris en charge par le Régime Obligatoire et réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré verse aussi la participation d'un euro pour tout acte de biologie médicale.

Parodontologie : Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

- L'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse,
- Le détartrage des racines,
- Le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont

détruits. Le Régime Obligatoire ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

Prix limite de vente : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Ticket modérateur : C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Tiers payant : système de paiement qui évite de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. Ainsi ces derniers sont directement payés par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou les assureurs de complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient. Dans le cas où l'assuré ou ses ayants droit s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le contrat ou le règlement leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

La Carte Mutualiste de Tiers Payant remise permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours suivant l'extinction de la relation contractuelle avec la Mutuelle.

La date prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.

