LA MUTUELLE POUR TOUS

CATHERINE CAILLIEREZ
Conseillère Mutualiste
caconseils@outlook.com
4 rue Du Général Barbot
62223 ST LAURENT BLANGY
Tel : 03 21 73 10 75
ORIAS 16005276 www.orias.fr

78 rue JEAN LEBAS
59165 AUBERCHICOURT
Tel : 09.75.20.55.51

5 rue FAIDHERBE
62580 VIMY
Tel : 03 21 73 10 75

Association Mandarine

mutuelle smatis FRANCE

cgrm

Rappel des principaux tarifs CPAM	Montant BR	*Taux Rbt RO*
Consultation Médecin généraliste	: 25 €	*70%*
Consultation Médecin spécialiste	: 23€	*70%*
Visite de jour Médecin spécialiste	: 28€	*70%*
Visite de nuit généraliste	: 38,50€	*70%*
Optique		
Monture	: 2,84€	*60%*
Verre blanc simple foyer	: 2,29€	*60%*
Verre blanc multifocal ou progressif	: 24,54€	*60%*
Lentilles par œil une fois par an	: 39,48€	*60%*
Prothèse auditive (+ 20 ans)		
Toutes classes de l'appareil	: 199,71€	*60%*
Prothèses dentaires		
Couronne	: 107,50€	*70%*
Appareil dentaire (1 à 3 dents)	: 64,50€	*70%*
Appareil dentaire complet (14 dents)	: 182,50€	*70%*
Bridge de 3 éléments	: 279,50€	*70%*

GAMME COMMUNALE

PRESTATIONS	COMMU1 responsable	COMMU PLUS responsable	COMMU 2 responsable	COMMU 3 responsable
	Remboursement SMATIS +Remboursement RO (en % de la BR Euros ou PMSS)			
HOSPITALISATION**				
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (Signataires DPTAM)	**100% BR**	**150% BR**	**200% BR**	**250% BR**
Honoraires médicaux et chirurgicaux. (Non-Signataires DPTAM)	**100% BR**	**130% BR**	**180% BR**	**200% BR**
Frais de séjour	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**
Forfait hospitalier illimité (exclu en établissements EHPAD et MAS) (1)	**100% Frais réels**	**100% Frais réels**	**100% Frais réels**	**100% Frais réels**
Chambre particulière, hors ambulatoire, par jour(2) limité à 30jours par hospitalisation **Forfait maternité participation mutuelle(7)**	**15 €** **100€**	**50€** **150€**	**50€** **200€**	**70€** **250€**
Frais d'accompagnant par jour (enfant et adulte) limité à 20 jours par hospitalisation	**8€**	**10€**	**15€**	**15€**
Frais de location de TV (par jour limité à 36 jours par hospitalisation)	**2€**	**2€**	**2€**	**2€**
BIEN-ÊTRE ET PREVENTION				
Chiropracteur, Ostéopathe,Homéopathe,Diététicien, Acupuncteur, Pédicure, Podologue, Etiopathie,(praticiens diplômés) par séance	**20€**	**25€**	**30€**	**40€**
Limite annuelle et par bénéficiaire	**Max 4 /an**	**Max 4 /an**	**Max 4 /an**	**Max 4 /an**
Ostéodensitométrie **non prise en charge par le RO (par acte)**	**23€**	**23€**	**23€**	**23€**
Pilule sur prescription médicale **non prise en charge par le RO** (par an et par bénéficiaire)	**50€**	**50€**	**50€**	**50€**
Vaccin sur prescription médicale **non pris en charge par le RO** (par an et par bénéficiaire)	**20€**	**30€**	**40€**	**50€**
Pharmacie non remboursée par le RO sur prescription (par an par bénéficiaire)	**30€**	**30€**	**30€**	**30€**
SOINS COURANTS				
TELECONSULTATION	**Consultation de médecine générale par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde** (CF CGU TELECONSULTATION)			

GAMME COMMUNALE

PRESTATIONS	COMMU1 responsable	COMMU PLUS responsable	COMMU 2 responsable	COMMU 3 responsable
	Remboursement SMATIS +Remboursement RO (en % de la BR Euros ou PMSS)			
SOINS COURANTS				
Généralistes (Signataires ou non Signataires DPTAM)	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**
Spécialistes (Signataires DPTAM)	**100% BR**	**130% BR**	**130% BR**	**200% BR**
Spécialistes (Non-Signataires DPTAM)	**100% BR**	**110% BR**	**110% BR**	**180% BR**
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (Signataires DPTAM)	**100% BR**	**130% BR**	**130% BR**	**170% BR**
Actes techniques médicaux et chirurgicaux non-Signataires DPTAM	**100% BR**	**110% BR**	**110% BR**	**150% BR**
Frais d'analyse et de laboratoire	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**
Actes de Radiologie, d'Imagerie médicale, d Echographie (Signataires DPTAM)	**100% BR**	**100% BR**	**130% BR**	**130% BR**
Actes de Radiologie, d'Imagerie médicale, d Echographie (Non Signataires DPTAM)	**100% BR**	**100% BR**	**110% BR**	**110% BR**
Honoraires paramédicaux (Honoraires auxiliaires médicaux)(3)	**100% BR**	**110% BR**	**130% BR**	**160% BR**
Médicaments Médicaments à service médical rendu majeur Médicaments à service médical rendu modéré Médicaments à service médical rendu faible	 **100%** **100%** **100%**	 **100%** **100%** **100%**	 **100%** **100%** **100%**	 **100%** **100%** **100%**
Matériel Médical Prothèses médicales, orthèses (autres que dentaires et auditives) prises en charge par le RO Fournitures et accessoires pris en charge par le RO	 **100% BR** **100% BR**	 **100% BR** **100% BR**	 **150% BR** **100% BR**	 **200% BR** **100% BR**
DENTAIRE				
SOINS DENTAIRES HORS 100% SANTE Soins dentaires remboursés par le RO hors cadre du panier de soins 100% santé	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**
SOINS ET PROTHESES 100% SANTE- A COMPTER DU 01/01/2020 **Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé** **Prothèses amovibles et réparations**	 **Rbt intégral** **Rbt intégral**	 **Rbt intégral** **Rbt intégral**	 **Rbt intégral** **Rbt intégral**	 **Rbt intégral** **Rbt intégral**
PROTHESES -PANIER HONORAIRES MODERES- A COMPTER DU 01/01/2020 **Actes prothétiques** hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés (5) **Bridge dentaire** hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers modérés (5) **Appareil stellite** remboursé par le RO (5)	 **70% BR +125 €** **70% BR +280 €** **70% BR +140 €**	 **70% BR +185 €** **70% BR +450 €** **70% BR +220 €**	 **70% BR +220 €** **70% BR +560 €** **70% BR +280 €**	 **70% BR +320 €** **70% BR +760 €** **70% BR +380 €**

GAMME COMMUNALE

PRESTATIONS	COMMU1 responsable	COMMU PLUS responsable	COMMU 2 responsable	COMMU 3 responsable
	Remboursement SMATIS +Remboursement RO (en % de la BR Euros ou PMSS)			
DENTAIRE				
PROTHESES -PANIER HONORAIRES LIBRES- A COMPTER DU 01/01/2020 **Actes prothétiques** hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres (5) **Bridge dentaire** hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers libres (5) **Appareil stellite** remboursé par le RO(5)	**70% BR +125€** **70% BR +280 €** **70% BR +140 €**	**70% BR +185 €** **70% BR +450 €** **70% BR +220 €**	**70% BR +220 €** **70% BR +560 €** **70% BR +280 €**	**70% BR +320 €** **70% BR +760 €** **70% BR +380 €**
AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES **Orthodontie remboursée par le RO (par semestre)(5)**	**70% / 100% BR +100 €**	**70% / 100% BR +150€**	**70% / 100% BR +200€**	**70% / 100% BR +350€**
Plafond dentaire applicable sur l'ensemble des prothèses dentaires (par an, hors soins et prothèses 100% Santé). Au-delà remboursement à hauteur du TM	**1 000 €**	**1 000 €**	**1 000 €**	**1 500 €**
OPTIQUE (4) **Prise en charge d'un équipement tous les deux ans** selon les spécifications techniques du verre				
EQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTE (monture + verres) -à compter du 01/01/2020 (Classe A à prise en charge renforcée)				
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	**Rbt intégral**	**Rbt intégral**	**Rbt intégral**	**Rbt intégral**
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A) **Appairage de verres d'indice de réfraction différents** **Supplément pour verres avec filtre**	**50 €** **Rbt intégral** **Rbt intégral**	**70 €** **Rbt intégral** **Rbt intégral**	**80 €** **Rbt intégral** **Rbt intégral**	**100 €** **Rbt intégral** **Rbt intégral**
EQUIPEMENT OPTIQUE PANIER LIBRE à compter du 01/01/2020 (dans la limite des plafonds du contrat responsable)				
Monture de classe B	50 €	70 €	80 €	100 €
Verres unifocaux (correction faible/forte), par verre	50€/75€/verre	65€/90€/verre	70€/verre	70€/verre
Soit équipement optique complet unifocaux	**150 €/200 €**	**200€ /250€**	**220€**	**240€**
Verres multifocaux (correction faible/forte), par verre	80€/verre	90€/verre	100€/verre	150€/verre
Soit équipement optique complet multifocaux	**210 €**	**250 €**	**280 €**	**400 €**
AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES				
Lentilles prises en charge ou non par le RO y compris jetables (sur prescription ophtalmologique de – de 3 ans)par an et par bénéficiaire	**100%/0% +100 €**	**100%/0% +100 €**	**100%/0% +150 €**	**100%/0% +200 €**
Bonus optique si non consommation 1 an après les 2 ans obligatoires	**50 €**	**50 €**	**50 €**	**50 €**
Bonus optique si non consommation 2 ans après les 2 ans obligatoires	**100 €**	**100 €**	**100 €**	**100 €**

GAMME COMMUNALE

PRESTATIONS	COMMU1 responsable	COMMU PLUS responsable	COMMU 2 responsable	COMMU 3 responsable
	Remboursement SMATIS +Remboursement RO (en % de la BR Euros ou PMSS)			
AIDES AUDITIVES				
EQUIPEMENTS AUDITIFS- JUSQU'AU 31/12/2020 Prothèses auditives (par oreille) -jusqu'au 31/12/2020	**100% BR**	**100% BR+100€**	**100% BR+200€**	**100% BR+400€**
EQUIPEMENTS AUDITIFS 100% SANTE- A COMPTER DU 01/01/2021 **Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé (classe I à prise en charge renforcée)**	**Rbt intégral**	**Rbt intégral**	**Rbt intégral**	**Rbt intégral**
EQUIPEMENTS AUDITIFS PANIER HONORAIRES LIBRES- **A COMPTER DU 01/01/2021** **Aides auditives hors paniers de soins 100% santé (classe II à prix libres) dans la limite du contrat responsable (par oreille)**	**100% BR**	**100% BR+100€**	**100% BR+200€**	**100% BR+400€**
Consommables et accessoires (piles, embout…) pris en charge par le RO	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**
CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAE LE RO				
HONORAIRES MEDICAUX **Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires) remboursées par le RO**	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**
AUTRES PRESTATIONS CURE **Frais d'hébergement et de transport remboursés par le RO**	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**
TRANSPORT MEDICAL				
TRANSPORT MEDICAL REMBOURSE PAR LE RO	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**	**100% BR**
SERVICES				
Tiers-payant généralisé /Réseau Itélis /Liaison Noémie /Assistance/Téléconsultation	**INCLUS**			

ASSOCIATION MANDARINE COMMU 1

VOS SERVICES INCLUS !

- **DES SERVICES INNOVANTS :**

  Une assistance incluse dans toutes nos offres santé (aide à domicile, livraison de médicaments, de courses et portage de repas, prise en charge des animaux…)

  Votre espace adhérent personnel et sécurisé, dès votre souscription, et accessible depuis tous vos smartphones, tablettes, ordinateurs pour télécharger votre carte de tiers payant, suivre vos remboursements, mettre à jour vos coordonnées, effectuer une demande…

  Vous bénéficiez de tarifs privilégiés, d'avantages exclusifs, d'un suivi régulier… grâce à notre réseau de soins

- **DES REMBOURSEMENTS RAPIDES ET DES EXPERTS À VOTRE ÉCOUTE**

  Une dispense d'avance de frais grâce au tiers payant

  Des conseillers experts en santé à votre écoute

VOS AVANTAGES :

- **DES GARANTIES ADAPTÉES À VOS BESOINS :**

  Des offres conformes à la réforme “100% Santé”

  Prise en charge de l’ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable

- **TÉLÉCONSULTATION INCLUSE :**

  En cas de problème de santé et d’indisponibilité du médecin traitant, nous vous proposons une consultation médicale assurée par un médecin inscrit à l’Ordre des médecins, 24h/24, 7j/7, n’importe où dans le monde.

- **UNE ADHÉSION SIMPLE ET IMMÉDIATE :**

  Pas de limite d’âge

  Pas de questionnaire médical

Association Mandarine

mutuelle smatis FRANCE groupe UGO

GAMME COMMUNALE

Régime général *Formule COMMU 1*	Tarifs mensuels 2021 en euros (selon l'âge de l'adhérent)			
	30ans et moins	*de 31 à 45 ans*	*de 46 à 64 ans*	*65 ans et +*
Adhérent seul	**36,22 €**	**49,13 €**	**66,69 €**	**85,84 €**
Adhérent + 1 enfant	**61,37 €**	**78,43 €**	**103,20 €**	**128,61 €**
Adhérent + 2 enfants	**86,52 €**	**107,72 €**	**139,70 €**	**171,38 €**
Couple	**68,37 €**	**87,77 €**	**116,85 €**	**146,25 €**
Famille	**108,71 €**	**146,68 €**	**174,20 €**	**188,32 €**

Régime général *Formule COMMU PLUS*	Tarifs mensuels 2021 en euros (selon l'âge de l'adhérent)			
	30ans et moins	*de 31 à 45 ans*	*de 46 à 64 ans*	*65 ans et +*
Adhérent seul	**39,70 €**	**53,91 €**	**73,24 €**	**94,34 €**
Adhérent + 1 enfant	**67,39 €**	**86,17 €**	**113,45 €**	**141,43 €**
Adhérent + 2 enfants	**95,08 €**	**118,42 €**	**153,64 €**	**188,52 €**
Couple	**75,10 €**	**96,45 €**	**128,47 €**	**160,85 €**
Famille	**119,51 €**	**161,32 €**	**191,63 €**	**207,17 €**

Régime général *Formule COMMU 2*	Tarifs mensuels 2021 en euros (selon l'âge de l'adhérent)			
	30ans et moins	*de 31 à 45 ans*	*de 46 à 64 ans*	*65 ans et +*
Adhérent seul	**47,02 €**	**63,86 €**	**86,76 €**	**111,76 €**
Adhérent + 1 enfant	**79,21 €**	**101,99 €**	**134,31 €**	**167,49 €**
Adhérent + 2 enfants	**112,41 €**	**140,13 €**	**181,86 €**	**223,21 €**
Couple	**88,98 €**	**114,28 €**	**152,20 €**	**190,59 €**
Famille	**141,48 €**	**190,98 €**	**226,89 €**	**245,34 €**

Régime général *Formule COMMU 3*	Tarifs mensuels 2021 en euros (selon l'âge de l'adhérent)			
	30ans et moins	*de 31 à 45 ans*	*de 46 à 64 ans*	*65 ans et +*
Adhérent seul	**53,11 €**	**72,17 €**	**98,10 €**	**126,39 €**
Adhérent + 1 enfant	**90,07 €**	**115,28 €**	**151,90 €**	**189,43 €**
Adhérent + 2 enfants	**127,04 €**	**158,39 €**	**205,69 €**	**252,47 €**
Couple	**100,62 €**	**129,24 €**	**172,15 €**	**215,60 €**
Famille	**159,97 €**	**216,01 €**	**256,64 €**	**277,52 €**

Les cotisations Assistance et Itélis sont incluses. Tarifs incluant ANPPI (0,13€/adhérent)
Cette proposition s'entend à environnement réglementaire, législatif et fiscal constant.
Les garanties et tarifs du présent projet pourront être révisés afin de répondre à la nouvelle définition des contrats responsables, conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le tarif Famille correspond à : 1 Couple + 1 enfant et + ou 1 Adhérent + 3 enfants et +

LEXIQUE

RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - Rbt intégral : Remboursement intégral - TM : Ticket modérateur - DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - CAS : Contrat d'Accès aux Soins - OPTAM / OPTAM - CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

LEGENDE

(1) Forfait Journalier Hospitalier illimité : Exclu en établissements EHPAD et MAS.
(2) Chambre particulière limitée à 30 jours par année civile en psychiatrie et en Soins de Suite et de Réadaptation SSR (structures de moyens séjours). Exclusion de la chambre particulière en ambulatoire.
(3) Infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue et orthoprothésiste, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste, diététicien, ensemble des professionnels de santé définis par le livre III du Code de la santé publique.
(4) Au 1er janvier 2020, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% santé") seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le decret n°2019-21 du 11 janvier 2019.
(5) Au-delà du forfait en euros, remboursement au TM.
(6) Au 1er janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% Santé") seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement.
(7) Sur présentation de l'acte de naissance ou d'adoption, pas de majoration en cas de naissances ou adoptions multiples.

Tous les forfaits et limites s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf mention spécifique.

* Avant application, contribution forfaitaire de 1 € franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

** Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés. Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en long séjour, établissements spécialisés, gastroplastie (anneaux gastriques, By pass…).

¤ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et des plafonds du contrat responsable.

Contrat responsable :
Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables.
La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations.
Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle.
Le ticket modérateur est intégralement pris en charge par la mutuelle selon les conditions du contrat responsable, y compris pour les actes supérieurs à 120 €.
Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans).

ANNEXE OPTIQUE

* Avant application contribution forfaitaire de 1 € franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.
(1) Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée à partir de la date de la dernière acquisition d'équipements optiques.
Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la garantie couvre une prise en charge de deux équipements (un équipement de vision de près et un équipement de vision de loin) sur une période de 2 ans.

¤ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et des plafonds du contrat responsable.

Classe A : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30 €. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle).
Classe B : correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100 €. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance
Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité N° SIREN 781166293
6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9

PRODUIT : COMMU 1 COMMU 2 COMMU 3 COMMU PLUS

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

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé "COMMU · est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et de ses ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau panier de soins "100% Santé" ou "Reste à charge 0" pour les postes optique, dentaire et audioprothèse, applicable au 01/01/2020 et au 01/01/2021 pour les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives. Le produit est éligible à la Loi Madelin. Ce produit d'assurance propose également des services associés.

QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie et figurent dans le tableau de garanties. Les remboursements de prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge, sauf pour ce qui concerne le panier de soins "100% Santé" qui est sans reste à charge sur les postes optique, dentaire et audioprothèse.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

✓ **Hospitalisation :** honoraires médicaux et chirurgicaux, actes médicaux, forfait journalier hospitalier illimité, frais de séjour, chambre particulière hors maternité, frais d'accompagnant adulte et enfant, frais de location de TV
✓ **Soins courants :** honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, tous médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire (RO) et matériel médical
✓ **Frais optiques :** équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres. Lentilles prises en charge ou non par le RO y compris jetables
✓ **Frais dentaires :** soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Orthodontie prise en charge par le RO.
✓ **Aides auditives :** équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres
✓ **Bien-être et Prévention :** Médecine douce : chiropracteur, ostéopathe, étiopathe, pédicure, podologue, diététicien, acupuncteur, homéopathe (praticiens diplomés) par séance, Prévention : pharmacie, ostéodensitométrie, pilule contraceptive et vaccins prescrits non pris en charge par le RO
✓ **Transport** : Frais de transport pris en charge par le RO
✓ **Cures thermales prise en charge par le RO** : frais médicaux, de séjours et de transport
✓ **Maternité** : Forfait maternité - adoption, chambre particulière
✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. Conditions Générales d'Utilisation "Téléconsultation médicale")
✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et pour les soins courants
✓ Actes de prévention conformément à l'arrêté ministériel du 08/06/06

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

✓ Tiers-payant inclus, dispense d'avance de frais
✓ Réseau de soins Itelis (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
✓ Service d'analyse de devis (cf. notice d'information Itelis)
✓ Espace adhérent
✓ Assistance (aide ménagère, services de proximité, prise en charge des enfants de moins de 14 ans...): cf. notice d'information "SMATIS ASSISTANCE"

Avantage

Bonus fidélité optique si non consommation 1 an ou 2 ans après les 2 ans obligatoire

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

QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
X les dépenses soins ou interventions non pris en charge par le RO, sauf cas particuliers prévus dans les garanties souscrites
X lorsque l'adhérent bénéficie de la part de son RO d'un remboursement à 100% et que les garanties souscrites ne prévoient pas de dépassement
X le forfait journalier hospitalier illimité en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
X la chambre particulière exclue en ambulatoire
X les cures thermales en thalassothérapie

Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DE LA GARANTIE :

! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boites de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires
! la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
! les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)
! **Optique** : prise en charge d'un équipement (monture et verres) tous les deux ans, réduite pour les mineurs en fonction de leur âge ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue
! **Aides auditives** : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

! **Hospitalisation :** Prise en charge limitée au Ticket Modérateur (TM) en long séjour, établissements spécialisés, gastroplastie.
! **Chambre particulière :** limitée à 30 jours par hospitalisation en médecine et chirurgie, et à 30 jours par année civile en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation
! **Frais d'accompagnant :** limités à 20 jours par hospitalisation
! **Frais de location TV :** limités à 36 jours par hospitalisation
! **Bien-être :** médecine douce limitée à maximum 4 séances par an. Forfait annuel pour l'ostéodensitométrie, pour les pilules contraceptives et les vaccins prescrits non remboursés par le RO
! **Dentaire :** plafond annuel de 1 000 € sur l'ensemble des forfaits "prothèses dentaires, bridge dentaire, appareil stellite" hors panier de soins 100% Santé. Au-delà remboursement à hauteur du TM (conformément au panier de soins)
! **Maternité :** pas de majoration en cas de naissances ou adoptions multiples

OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
✓ dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France métropolitaine.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)
A la souscription du contrat :
- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur au centre de gestion désigné sur la notice d'information qui vous sera remise
- régler les cotisations selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

En cours de contrat :
- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir à votre centre de gestion les demandes de remboursements des prestations qui vous ont été délivrées dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur via son centre de gestion des évènements suivants dès que vous en avez connaissance :
  => changement de situation : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité. Vous devrez en produire les justificatifs.
  => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification de votre contrat et de sa cotisation
- Honorer le paiement de vos cotisations.

En cas de sinistre :
- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations à la date de signature de votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, par prélèvement automatique sur votre compte bancaire. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.
Dans le cas où vous adhérez au contrat collectif en tant que TNS, les cotisations à votre charge incluent la cotisation relative à l'adhésion à l'association A.N.P.P.I. (Association Nationale des Professions Indépendantes), située : 140, Avenue de la République – 92327 CHATILLON CEDEX) ouvrant droit à la déduction fiscale des cotisations des bénéfices industriels, commerciaux ou non commerciaux (BIC, BNC) en application de la "Loi Madelin" n°94126 du 11 février 1994. Cette cotisation associative est de 1,56 euros par an.

QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Votre adhésion ainsi que celle de vos ayants droits éventuellement désignés prend effet:
- le 1er jour du mois, si le bulletin d'adhésion est signé dans les quinze premiers jours du mois en cours ;
- le 1er jour du mois suivant, si le bulletin d'adhésion est signé postérieurement au 15 du mois

étant toutefois précisé que la date d'effet ne peut pas être rétroactive à la demande d'adhésion.
L'adhésion ne devient effective qu'après confirmation de la Mutuelle et règlement de la première cotisation.
La prise d'effet de votre adhésion est matéralisée par la signature de votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre adhésion ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion.

Votre adhésion ainsi que celle de vos ayants droits éventuellement désignés prend fin:
- en exerçant votre droit de renonciation en nous adressant une lettre recommandée dans un délai de 14 jours qui commence à courir à compter de la date de signature de votre bulletin d'adhésion ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat)
- le jour de la prise d'effet de votre demande de dénonciation de votre affiliation auprès du souscripteur du contrat collectif
- en cas de résilation de votre adhésion auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations
- en cas résiliation du contrat collectif.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin à votre contrat :
- à sa date d'échéance, soit au 31 décembre de chaque année, en adressant à l'interlocuteur désigné dans votre contrat* une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date, soit au plus tard le 31 octobre
- en raison des modifications apportées au contrat collectif auquel vous avez adhéré, en adressant une lettre recommandée à l'interlocuteur désigné dans votre contrat*, dans un délai d'un mois à compter des modifications dudit contrat collectif (dont vous aurez connaissance au moyen d'une notice d'information modificative).

* cette information est indiquée dans la notice d'information sur le contrat collectif auquel vous aurez adhéré qui vous sera remise par le souscripteur du contrat collectif.