



Mutuelle S.E.P.R

Solidaire entre **E**tudiants, **P**rofessionnels et **R**etraités

Mutuelle S.E.P.R.

2528 Route de Sorgues

84130 LE PONTET

Tel : 04.90.32.70.96

Email : contact@mutuelle-sepr.fr

Règlement Mutualiste

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du Livre II

SIREN 431 280 296

LEI N° 969500MT5BS2URGEWQ69

1 OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conformément au cinquième alinéa de l'article L 114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations. Le règlement est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration. Le présent règlement s'applique à toutes les garanties individuelles et facultatives collectives figurant en annexe.

2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

L'adhésion du membre participant et de ses ayants-droit remplissant les conditions statutaires est **annuelle et produit effet du 1er janvier au 31 décembre**, sauf dans le cas d'une adhésion en cours d'année. L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1er janvier, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf dénonciation par l'Adhérent, dans les conditions de l'article 12 du présent règlement.

Exemples : **pour une adhésion au 01/01/n, la 1ère échéance est le 31/12/n. Pour une adhésion 01/06/n, la 1ère échéance est le 31/12/n+1. Elle est prolongée annuellement par décision tacite, à l'expiration de la 1ère échéance, puis de chaque échéance annuelle. L'échéance de toute adhésion, régime ou option est fixée au 31 décembre.**

3 PERSONNES COUVERTES

3-1 membres participants :

- Catégorie B :

Les anciens salariés de la SEPR ou de ses Comités d'établissement bénéficiaires de la retraite vieillesse de la Sécurité sociale.

Les anciens salariés de la SEPR ou de ses Comités d'établissement bénéficiant de la garantie de ressources ASSEDIC.

Les invalides.

Les veufs, veuves.

Les membres bénéficiaires d'un congé parental ou sabbatique

- Catégorie C :

Toute personne manifestant l'intention d'adhérer.

3-2 ayants droits :

Le conjoint,

Le concubin au sens de l'article 515-8 du code civil, ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) au sens de l'article 515-3 du code civil,

Les enfants à charge répondant à la définition suivante :

Les enfants de moins de 18 ans à charge de l'adhérent ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension :

Les enfants de moins de 28 ans, scolarisés ou étudiants.

Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée, pour les plus de 18 ans, un certificat de scolarité ou un justificatif de leur appartenance à un régime de sécurité sociale des étudiants.

Les enfants de moins de 28 ans, en contrat d'apprentissage ou en contrat d'alternance dont la rémunération est inférieure à 55% du SMIC.

Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une copie du contrat.

Les enfants de moins de 20 ans en recherche d'un emploi.

Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée une attestation de Pôle Emploi.

4 LES MONTANTS OU LES TAUX DE COTISATIONS

- Catégorie B:

Les membres de la catégorie B versent une cotisation mensuelle

- Les cotisations applicables aux garanties souscrites entre le 1er janvier 2011 et le 31 décembre 2020 sont calculées selon la garantie souscrite, en pourcentage du montant de leurs revenus bruts relevés sur l'avis d'imposition suivant le tableau en annexe et en fonction de la couverture choisie et de la composition familiale (tableaux en annexe).

Les limites des plafonds et planchers mensuels soumis à la retenue sont fixés chaque année sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires suivant délégation consentie dans les mêmes conditions que la fixation des cotisations.

- Les cotisations applicables aux garanties souscrites à compter du 1er Janvier 2021 sont calculées selon la garantie choisie et la composition familiale (Isolé ou Famille) en cotisation fixe (tableaux en annexe)

- Catégorie C :

Pour cette catégorie le montant de la cotisation calculée en fonction de la couverture choisie et de la composition familiale (tableaux en annexe).

Et à tous les salariés du secteur privé, fonctionnaires, professions indépendantes, jeunes et moins jeunes, étudiants, chômeurs, retraités...

L'adhésion à la mutuelle peut être souscrite à titre privé pour une personne et, si elle le souhaite, pour sa famille (conjoint, enfants...)

- Membres honoraires :

Les souscriptions des membres honoraires : Peuvent devenir membres honoraires personne physique, toutes les personnes qui, par leurs ou par des services équivalents contribuent à la prospérité de la Mutuelle, sans participer à ses avantages.

Elles ne sont soumises à aucune condition d'âge, de résidence, de profession ou de nationalité.

5 COTISATIONS VARIABLES

Conformément à l'article R212-9 du code de la mutualité, le montant maximal de cotisation ne peut être inférieur à une fois et demie le montant de la cotisation normale nécessaire pour faire face aux charges probables résultant des sinistres et aux frais de gestion.

6 CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATION DES COTISATIONS

La cotisation peut évoluer selon l'âge du membre participant et de ses ayants-droit ou selon la composition familiale. Elle ne peut pas être modulée en fonction de facteurs de risques propres à la personne (antécédents médicaux, sexe).

Le nombre d'enfants soumis à cotisation est de deux enfants par adhérent.

Le barème des cotisations évolue en fonction des dépenses de santé constatées d'une année sur l'autre, des éventuels transferts de charge des régimes obligatoires sur les régimes complémentaires ou encore de la hausse du P.M.S.S. (pour les contrats indexés). En cas de changement de taux du ticket modérateur, le conseil d'administration pourra envisager une modification des cotisations.

Le barème des cotisations est modifié annuellement sur décision de l'assemblée générale ou de ses mandataires suivant délégation consentie dans les conditions de l'Art. L114-11 du Code de la Mutualité.

Les modifications des barèmes sont applicables à toutes les garanties en cours au 1er janvier, quelle que soit la date d'adhésion ou de changement d'option.

En cas de modification des cotisations résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment, pour les garanties concernées, au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la mutuelle.

7 LES MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le paiement de la cotisation est opéré par prélèvement sur compte bancaire ou postal.

Le paiement de la cotisation en numéraire est effectué par anticipation en début de couverture.

Le membre participant s'engage au paiement d'avance d'une cotisation annuelle. Celle-ci fait l'objet d'un appel de cotisation annuel envoyé dans le mois précédant l'échéance.

Le fractionnement des règlements (mois, trimestre, semestre) est une facilité de paiement et ne peut être considérée comme une modification de l'échéance de l'adhésion. En cas de non-paiement d'une fraction de cotisation à sa date d'exigibilité toutes les fractions non encore payées de l'année en cours deviennent immédiatement exigibles.

À chaque rejet bancaire, des frais forfaitaires seront facturés.

Si la cotisation est réglée par prélèvement bancaire, des frais forfaitaires par opération sont ajoutés au montant prélevé.

8 DROIT DE RETRACTATION

- Conditions applicables en cas de démarchage

En cas de démarchage dans les conditions de l'article L221-18-1 du code de la mutualité, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires (y compris dimanches et jours fériés) à compter de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à la souscription de ses garanties. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il sera prolongé au premier jour ouvrable suivant. Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation. L'exercice de ce délai de rétractation s'effectuera sous peine de nullité, sous forme d'un courrier recommandé avec accusé de réception suivant le modèle proposé ci-dessous.

Modèle de lettre « Madame, Monsieur, En application de l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties souscrites en date du..... Cette rétractation prend effet à la date de signature du bulletin d'adhésion. Veuillez agréer, / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature »

- Conditions applicables en cas de vente à distance

En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription par le même mode de communication à distance que celui utilisé pour la souscription pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie si elle est postérieure. Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.

Modèle de lettre de renonciation à adresser sous la même forme que la souscription « Madame, Monsieur, En application de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du (le cachet de La Poste faisant foi). Cette rétractation prend effet à la date prévu au contrat. Veuillez agréer, / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature ».

9 DÉTERMINATION DES PÉRIODES D'OUVERTURE DES DROITS AUX GARANTIES

La durée du droit aux garanties est définie en fonction du montant de cotisation versé par le membre participant. À la fin de la période considérée, le droit aux garanties est suspendu, dans les conditions des articles L221-7 et L 221-8 du Code de la Mutualité, tant que la cotisation n'est pas renouvelée.

10 SUSPENSION OU REMISE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle sous préavis de 30 jours, en cas de survenance d'une des situations temporaires suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger
- détention à caractère pénal
- couverture complémentaire obligatoire auprès d'un autre organisme du fait d'une embauche à durée déterminée.

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec A.R., toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période temporaire ainsi définie.

11 Changement d'option et/ou garantie

La garantie souscrite peut être modulée en plusieurs options distinctes.

Lors de la souscription, l'adhérent choisit la garantie et le cas échéant le niveau de garantie (option) correspondant à ses besoins.

Passé le délai d'un an à compter de la souscription, l'adhérent peut à tout moment solliciter un changement de sa garantie et/ou option.

Toute personne souhaitant procéder à un changement de garantie et/ou d'option au sein de la garantie souscrite doit en faire la demande à la mutuelle.

Cette demande fait l'objet d'une étude des besoins de l'adhérent et donne lieu soit au maintien de la garantie/option existante en l'état soit à la souscription de la nouvelle garantie/option choisie par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Tout changement de garantie/option a pour effet la résiliation de la garantie/option en cours et la souscription de la nouvelle garantie/option à la date d'effet visée au bulletin d'adhésion.

Les changements de garantie/option sont soumis aux dispositions de l'article L221-10-2 du code de la mutualité et font courir un nouveau délai incompressible de souscription d'un an.

Par dérogation à ce qui précède à la demande motivée de l'adhérent, la mutuelle peut accepter un changement de garantie/option par anticipation au délai incompressible précité.

Cette acceptation est à la discrétion de la mutuelle qui apprécie suivant les motifs présentés pour justifier d'un changement anticipé (ALD, changement de situation familiale ..)

12 RÉSILIATION ET/OU RADIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

Est radié de la mutuelle le membre participant qui ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission et le présent Règlement. Sa radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

En cas d'impayés, la résiliation est précédée d'une mise en demeure envoyée dès que le délai de retard a dépassé 14 jours. S'il n'a pas été satisfait à la mise en demeure dans un délai de 30 jours, la garantie est alors suspendue. La résiliation peut être prononcée passé un nouveau délai de dix jours. Même dans ce cas de résiliation, la mutuelle se réserve le droit de recourir à toute action pour le recouvrement des cotisations dues.

Par ailleurs, la démission, la radiation, l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf contrat collectif obligatoire ou CSS déclaré dans un délai de trois mois.

Il pourra toutefois être sursis à l'application de ces mesures pour le membre participant qui prouve que les circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement ou la régularisation de ses cotisations.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Les garanties peuvent également être résiliées en cas de fausse déclaration ou de suspicion de fraude.

13 RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant pourra dénoncer l'adhésion à l'échéance du 31 décembre de l'année en cours.

Pour cela, il devra notifier sa dénonciation au moins deux mois avant l'échéance :

- Soit par lettre adressée au siège social de la mutuelle,
- Soit par email à l'adresse unique suivante : mutuelle.sepr@wanadoo.fr
- Soit par déclaration faite au siège social remise contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

Il pourra également dénoncer son adhésion à sa garantie, sous la même forme, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie santé en cours d'application, sans frais ni pénalités.

Dans ce cas, la dénonciation d'adhésion ou la résiliation prendra effet un mois après que la mutuelle en ait reçu notification par le membre participant.

Dans le cas où l'adhérent souhaite dénoncer son adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un autre organisme assureur, c'est à ce dernier qu'il doit manifester son intention de résilier la garantie pour le rejoindre.

Les formalités de résiliation seront alors réalisées par le nouvel organisme assureur par voie de courrier recommandé ou de lettre recommandée électronique, en respectant les mentions obligatoire visées par décret.

A réception de la résiliation formulée par l'adhérent ou par le nouvel assureur le cas échéant, la Mutuelle confirmera à l'adhérent la résiliation de son adhésion, et la date d'effet de cette résiliation.

A défaut de confirmation par la mutuelle, la résiliation n'est pas réputée acquise, le membre participant ou le nouvel assureur devant s'assurer ou justifier de la bonne réception de sa dénonciation.

Tout changement de garantie ou d'option, donne lieu, à compter de sa prise d'effet, à l'ouverture d'une nouvelle durée incompressible d'un an préalablement à l'exercice du droit à résiliation.

14 CONSÉQUENCES DES RÉSILIATIONS

Aucune prestation ne pourra être servie après la date de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

La démission ou radiation met un terme à tous droits à prestation, y compris pour les prestations ayant fait l'objet d'un accord de prise en charge délivré antérieurement à la date d'effet de la démission ou radiation. Dans ce cas, seules seront versées par la Mutuelle les prestations visées par l'accord de prise en charge ayant fait l'objet de soins ou d'actes réalisés avant la date d'effet de la fin du contrat.

La carte d'adhérent à la mutuelle n'est utilisable et n'ouvre droit au tiers payant que si l'adhérent est à jour dans le paiement de ses cotisations.

15 PRESTATIONS

Les prestations sont remboursées plusieurs fois par mois par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent désigné au contrat mutualiste jusqu'à avis écrit contraire et sur présentation des documents originaux.

Avant ou après le paiement des prestations, afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut demander la production de toute pièce justificative, permettant notamment de vérifier la réalité des dépenses engagées (documents comptables, bancaires ou toutes pièces justificatives équivalentes produites par l'adhérent) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des Prestations, y compris après résiliation de l'Adhésion dans les délais légaux. Cette demande s'exerce sous réserve du droit au secret médical dont bénéficie l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique.

En cas de versement indu de prestations (doublons, erreur de destinataire...) la mutuelle demandera le remboursement et pourra également sans que le membre participant puisse s'y opposer procéder par retenue sur les prestations à venir.

Les garanties sont décrites en annexe.

Le caractère responsable ou non responsable des garanties, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application, est mentionné expressément dans les grilles de prestations figurant en annexe.

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

- remboursement partiel ou intégral du ticket modérateur en vigueur à la date des soins.
- remboursement partiel du dépassement des tarifs conventionnels de la sécurité sociale ;
- versement de prestations supplémentaires en nature ou en espèces.

Les forfaits s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité Sociale sauf mention contraire.

Pour les contrats responsables, lorsque les prestations sont exprimées en forfait, prises en charge par l'A.M.O. et visées par les obligations de prise en charge du ticket modérateur à minima (décrets relatifs au contrat responsable du 18 novembre 2014 et du 11 janvier 2019 et circulaire DSS du 29 mai 2019) ; la mutuelle s'engage à prendre en charge à minima dans tous les cas le ticket modérateur, selon les obligations de prise en charge.

Sont également incluses les séances de consultations de psychologues conformément à l'article L162-58 Code de la sécurité sociale et le forfait patient urgences conformément à l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale..

Au vu de l'évolution de la réglementation de l'assurance maladie obligatoire et de la mise en place de la CCAM dentaire, les remboursements de votre mutuelle évoluent.

Ainsi :

- Les remboursements des actes et prothèses dentaires pris en charge par l'assurance maladie obligatoire seront basés sur la nouvelle CCAM dentaire
- Les remboursements des actes et prothèses dentaires non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, s'ils sont prévus par la garantie, se feront soit par le biais de forfaits prenant en charge certains actes définis, soit par le biais d'une prise en charge de prothèses refusées calculée sur une base de remboursements propre à la mutuelle dont le détail est disponible sur simple demande écrite à la mutuelle.

Afin de connaître avant la réalisation de leurs soins ou de leurs achats, le montant des prestations auxquelles ils peuvent prétendre, au titre des Garanties dentaires, optiques ou aides auditives, les bénéficiaires doivent adresser à la Mutuelle, un devis réalisé par le professionnel concerné.

Pour les équipements optiques et les aides auditives, ce devis doit obligatoirement comporter une prestation appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée (dispositif 100% santé).

A défaut, la Mutuelle sera dans l'obligation de refuser toute intervention, les produits et prestations distribués par le professionnel ne pouvant pas être admis au remboursement conformément aux dispositions de l'article L165-1-4 du Code de la Sécurité Sociale

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée suivants :

- Contrat d'Accès aux Soins (CAS),
- OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée)
- OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

Elle doit respecter la double limite suivante :

- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, en respectant une différence au moins égale à 20 points par rapport au tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensée par les médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée)
- elle ne doit pas dépasser 100 % du tarif de responsabilité depuis le 1er janvier 2017

Les remboursements sont limités aux frais réels engagés par le membre participant et sous réserve de la prise en charge par le régime obligatoire, sauf mention contraire. Lorsqu'ils sont exprimés en pourcentage, ils s'appliquent au tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier et intègrent la part de la Sécurité Sociale. Les forfaits s'ajoutent aux remboursements de la Sécurité Sociale sauf mention contraire.

La contribution forfaitaire de deux euros et les dépassements d'honoraires, facturés aux bénéficiaires qui ne respectent pas le parcours de soins, instaurés par la loi du 13 août 2004, portant réforme de l'Assurance Maladie, ainsi que les franchises médicales instituées par la loi du 19 décembre 2007 et le décret du 26 décembre 2007 ne sont pas remboursés par la mutuelle, quelle que soit l'option souscrite.

Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 (Liste disponible auprès de la mutuelle)

Toutes les prestations sont payées sous vingt jours ouvrables ;

Ce délai ne court qu'à compter de la réception du dossier complet de demande d'indemnisation.

Le total des remboursements AMO + AMC ne peut pas dépasser le montant des dépenses engagées

16 CONDITIONS ET MODALITÉS DE MODIFICATION DES PRESTATIONS

Les barèmes de prestations ne peuvent être modifiés qu'en début d'année sur décision de l'assemblée générale. Lorsqu'en cours d'année, les régimes obligatoires modifient de manière significative leur niveau de prise en charge, le conseil d'administration est habilité à modifier les barèmes de prestations.

En cas de modification des garanties résultant d'une mise en conformité aux dispositions légales ou réglementaires et notamment, pour les garanties concernées, au cahier des charges du contrat responsable, ces modifications survenant en début ou en cours d'exercice sont applicables de plein droit dès leur notification par la mutuelle.

17 CONDITIONS ET MODALITÉS DE DÉCLARATION À EFFECTUER AUPRES DE LA MUTUELLE EN CAS DE PRESTATIONS

Pour percevoir ses prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations pour la période des soins. Lorsque les prestations sont télétransmises via Noémie, le décompte porte la mention « déjà transmis à votre organisme complémentaire » : aucune autre démarche n'est nécessaire sauf pour le cas où le tiers payant est appliqué uniquement sur la part obligatoire, dans ce cas une facture acquittée devra être produite pour la mise en paiement de la part complémentaire. Pour l'optique, le dentaire et les déplacements cure, fournir les factures acquittées.

Dans le cas contraire, l'adhérent doit transmettre le décompte original à la mutuelle - en inscrivant le numéro d'adhérent mutualiste - accompagné des justificatifs de paiement (ticket de caisse ou facture acquittée).

Avant chaque hospitalisation chirurgicale, les mutualistes doivent retirer une prise en charge.

Pour bénéficier du tiers payant pour la pharmacie, la radiologie et les analyses médicales, il faut présenter sa carte de mutuelle en cours de validité.

En cas de tiers payant, le praticien doit effectuer une demande de prise en charge auprès de la mutuelle.

Pour les prothèses dentaires, le membre participant doit impérativement faire remplir une demande d'entente préalable conforme à la nouvelle CCAM dentaire par son praticien avant le début du traitement et l'adresser à la

Règlement Mutualiste validé à l'Assemblée Générale 18 Juin 2024

mutuelle pour qu'elle détermine et valide le montant de la prise en charge. Lors de la demande de remboursement, ce document sera rapproché du décompte Sécurité Sociale.

18 DÉLAI POUR LA PRISE D'EFFET DU DROIT AUX PRESTATIONS

Les prestations prévues au présent règlement mutualiste ne sont dues que pour les actes médicaux ou chirurgicaux postérieurs à la date d'ouverture des droits.

Pour les personnes en cours d'hospitalisation à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours ne sont pas pris en charge.

Un délai de stage de 6 mois sera appliqué à tout nouvel adhérent si ce dernier n'a jamais eu auparavant de couverture santé auprès d'autres organismes.

En outre, les seules prestations faisant l'objet de ce même délai de stage de 6 mois concernent les prestations qui ne sont pas rendues obligatoires au titre du contrat responsable ; ces prestations sont énumérées dans le tableau de garanties

19 ÉTENDUE TERRITORIALE DES PRESTATIONS

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national. Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants-droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle. Sont donc exclus de prise en charge et remboursement les dépenses engagées couvrant des prestations forfaitaires ou ne donnant pas lieu à une prise en charge du régime obligatoire (exemples : implants, chambre particulière, pharmacie non remboursée, prothèses non remboursées etc...)

A votre retour, sur présentation des factures détaillées et du décompte de la Sécurité Sociale la mutuelle rembourse en appliquant les taux de remboursement prévus au contrat aux tarifs de convention figurant sur ledit décompte.

Pour les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française ou dans l'Union Européenne (Carte Européenne d'Assurance Maladie - CEAM), la mutuelle rembourse le ticket modérateur sauf si vous n'avez pas eu d'avance de frais à faire ou que vous avez été remboursés sur place par l'organisme de sécurité sociale de votre lieu de séjour.

Pour le calcul des prestations du secteur non conventionné ou des prestations effectuées à l'étranger, la Mutuelle calcule le montant des prestations par référence au tarif d'autorité appliqué par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Le calcul des prestations telles qu'elles sont prévues par le tableau des garanties se fera donc sur la base du tarif d'autorité pour ces garanties.

20 INFORMATIONS À TRANSMETTRE EN CAS DE MODIFICATION DE LA SITUATION DES ADHÉRENTS ET DE SES AYANTS-DROIT

Il est absolument nécessaire de signaler à la mutuelle tout changement d'adresse, de situation de famille (mariage, naissance, etc...), toute modification de coordonnées bancaires.

Les changements de situation prendront effet au 1er jour suivant la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement.

Pour les enfants poursuivant des études au-delà de leur 16e année (année en cours – année de naissance), le membre participant doit fournir chaque année un certificat de scolarité ou d'apprentissage au plus tard le 15 novembre de l'année en cours. Les enfants étudiants restent couverts jusqu'au 31 décembre par l'adhérent principal jusqu'à leur 20^{ième} année révolue.

21 CAS OUVRANT DROIT À RESILIATION ANTICIPÉE

En cas de décès d'un membre participant seul, en cours d'année, la cotisation versée pour la période au-delà du décès est remboursable.

En cas de décès d'un bénéficiaire d'une adhésion familiale en cours d'année, sa part de cotisation pour la période au-delà du décès est remboursable au-delà du mois en cours pour la couverture de la famille.

En cas de départ définitif à l'étranger, la démission du membre participant pourra être effective à compter du 1er jour suivant la date de réception par la mutuelle du courrier accompagné du justificatif et de la carte d'adhérent en cours de validité.

Conformément aux dispositions de l'article L 221-17 du Code de la Mutualité :

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification, elle s'effectue par tous supports durables pour l'adhérent et par lettre recommandée avec accusé de réception par la mutuelle ; la lettre indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et donnant toutes les précisions permettant d'établir que la résiliation est en relation directe avec l'évènement.

Etant entendu que l'attribution de droits à la CSS s'entend comme étant un cas dans lequel ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement.

22 MODIFICATION DES GARANTIES CHOISIES

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le Conseil d'administration est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations est opposable à l'adhérent et membres honoraires dès leur notification ou à la date à laquelle l'information de son existence est portée à leur connaissance.

Cette information vaut notification et les modifications s'imposent de plein droit dans les conditions de l'article L221-5 du code de la mutualité.

23 PRINCIPE INDEMNITAIRE ET SUBROGATION

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ayant un caractère indemnitaire, l'indemnité due par la mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à charge du membre participant au moment du sinistre.

Toutefois, la mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant ou à ses ayants-droit victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place du membre participant assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

24 PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement 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 participant, du bénéficiaire 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée 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, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité d'une citation en justice, d'un commandement ou de la reconnaissance de droit du bénéficiaire.

25 LOI APPLICABLE ET TERRITORIALITÉ

Conformément à l'article L 225-2 du code de la mutualité :

I – Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L 225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

II – On entend par souscripteur, pour l'application du I ci-dessus, le membre participant car il s'agit d'une opération individuelle.

26 RECLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle SEPR
Service réclamation
2528 Route de Sorgues
84 130 LE PONTET

Ou par mail à l'adresse suivante : reclamation@mutuelle-sepr.fr

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du président de la mutuelle, un accusé de réception de la demande avec, le cas échéant une demande de pièces complémentaires. En ce cas, la réponse définitive sera rendue sous 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

27 MEDIATION

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

A l'attention du Médiateur
Groupe Entis Mutuelles
39 Rue du Jourdil
74960 CRAN GEVRIER

Ou par mail à l'adresse suivante : mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant réception du dossier. Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

28 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies en vertu du présent règlement mutualiste sont exclusivement utilisées par la Mutuelle pour la passation, la gestion et l'exécution des engagements contractuels, en particulier les affiliations et les prestations qui en résultent. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude.

Le membre participant et ses ayants droit autorisent la Mutuelle à communiquer ces informations, le cas échéant, aux mandataires de cette dernière, aux réassureurs ou organismes professionnels concernés par ces engagements.

Ces informations sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de ces engagements et sont destinées aux services de gestion et aux services de développement, le cas échéant, pour l'adaptation des services aux besoins en matière de garanties proposées par la Mutuelle et ses partenaires.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés à jour de toutes modifications législatives et/ou réglementaires en vigueur, ainsi que le Règlement Général sur la Protection des Données (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, le membre participant et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès et de communication, d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour, ou verrouiller, et d'un droit de modification et de suppression des données les concernant. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier au Délégué de la Protection des Données de la mutuelle (désignation CNIL N°DPO-80640) ou en envoyant un courrier au siège de la mutuelle accompagné d'une pièce d'identité du demandeur :

Mutuelle SEPR
Protection des données
2528 Route de Sorgues
84130 LE PONTET

ou à l'adresse mail : dpo@mutuelles-entis.fr

Le membre participant a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

29 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'Autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

30 REGLEMENTATION RELATIVE A LA DIRECTION DISTRIBUTION ASSURANCE

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,

-Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlée lors du recrutement.

-Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,

-Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,

-Conseille les adhérents au mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leurs exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

31 FRAUDE

Les garanties souscrites prennent fin de plein droit, et l'adhérent ainsi que ses ayants droits sont déchus de tous droits, en cas de détection par la mutuelle d'une fraude ou d'un délit commis par l'adhérent ou l'un de ses ayants droits au préjudice de la mutuelle, en lien ou impactant les garanties souscrites.

La fraude résulte notamment de toute fausse déclaration volontaire, de toute omission volontaire ou de toute production de faux ou usage de faux.

Dans ce cas, les garanties prennent fin à la date de notification du constat de fraude ou de délit par la Mutuelle, les cotisations échues demeurent acquises à la Mutuelle, qui est autorisée à recouvrer les prestations indûment versées.

• **GARANTIES ET COTISATIONS - Catégorie B (antérieur au 1/1/2021) :**

	SS	BASE	INTER	SUPER
	Taux SS	SS+MUT	SS+MUT	SS+MUT
Maladie-Pharmacie				
C. Généraliste-Visites-ATM Médecins adhérents au DPTAM	(1) 70%	100%BR	130%BR	150%BR
C. Généraliste-Visites-ATM Médecins non adhérents au DPTAM	(1) 70%	100%BR	110%BR	130%BR
C. Spécialiste-Visites spécialistes Médecins adhérents au DPTAM	(1) 70%	100%BR	150%BR	170%BR
C. Spécialiste-Visites spécialistes Médecins non adhérents au DPTAM	(1) 70%	100%BR	130%BR	150%BR
Analyses Médicales	60%	100%BR	100%BR	100%BR
Radiologie Médecins adhérents au DPTAM	(1) 70%	100%BR	100%BR	100%BR
Radiologie Médecins non adhérents au DPTAM	(1) 70%	100%BR	100%BR	100%BR
Accessoires, Petit appareillage, Orthopédie	(6) 60%	100%BR + 50€/an	170%BR + 50 €	170%BR + 210 €
Soins infirmiers et Kinésithérapie	60%	100%BR	100%BR	100%BR
Orthophoniste et Orthoptiste	60%	100%BR	100%BR	100%BR
Accompagnement psychologique sur prescription et dans le cadre du dispositif MonPsy :	(7)			
- Séance d'évaluation (Une séance dans la limite 40 €)	60%	100%BR	100%BR	100%BR
- Séances de suivi (dans la limite de 7 séances - 30 € par séance)	60%	100%BR	100%BR	100%BR
Prothèses Auditives (tous les 4 ans)				
Equipement 100% santé	(5) 60%	Rbt Intégral dans la limite des PLV	Rbt Intégral dans la limite des PLV	Rbt Intégral dans la limite des PLV
Equipement classe II Remboursé par AMO	(6) 60%	100%BR + 540€ / 4 ans	180%BR + 650€ / 4 ans	180%BR + 800€ / 4 ans
Pharmacie	Tous taux	100%BR	100%BR	100%BR
Contraception non remboursée par AMO	(6) -	-	50% FR	50% FR
Transports	55%	100%BR	100%BR	100%BR
Optique				
Monture, verres	(2) 60%	300% BR	300% BR	300% BR
Equipement 100% santé	60%	Rbt Intégral dans la limite des PLV	Rbt Intégral dans la limite des PLV	Rbt Intégral dans la limite des PLV
Equipement classe B				
Adulte :				
Monture	(2) 60%	90 €	100 €	100 €
Verres simples, par verre	(2) 60%	65 €	100 €	155 €
Verres complexes, par verre	(2) 60%	90 €	180 €	250 €
Verres très complexes, par verre	(2) 60%	90 €	180 €	250 €
Mineur (-16 ans) :				
Monture	(2) 60%	90 €	100 €	100 €
Verres simples, par verre	(2) 60%	65 €	100 €	155 €
Verres complexes, par verre	(2) 60%	90 €	180 €	250 €
Verres très complexes, par verre	(2) 60%	90 €	180 €	250 €
Lentilles	(6) 60%	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles (corrective) Remboursées par la SS	(6) -	140€ / an	200€ / an	230€ / an
Forfait lentilles (correctives) Non Remboursées par la SS	(6) -	160€ / an	200€ / an	230€ / an
Forfait pour Traitement DMLA	(6) -	300€ / an	350€ / an	400€ / an
Forfait Chirurgie laser (par oeil)	(6) -	300€ / an	350€ / an	400€ / an
Dentaires				
Soins dentaires	60%	100% BR	100% BR	100% BR
Prothèses dentaires 100% santé	60%	Rbt Intégral dans la limite des HLF	Rbt Intégral dans la limite des HLF	Rbt Intégral dans la limite des HLF
Autres prothèses remboursées par AMO (AMO+TM+dépassement)	60%			
Inlay-Onlay		100% + 250 €	100% + 300 €	100% + 300 €
Inlay Core	60%	100% + 140 €	100% + 180 €	100% + 180 €
Couronne transitoire	60%	100%	100% + 30 €	100% + 50 €
Couronne dentaire	60%	250%	300%	350%
Bridges	60%	250%	300%	350%
Prothèses amovibles	60%	250%	300%	350%
Plafond annuel cumulé sur Prothèses remboursées SS hors 100% santé	-	2 000€ / an	2 500€ / an	3000€ / an
Orthodontie acceptée	100%	350% BR	450% BR	550% BR
Implantologie, parodontologie, orthodontie refusée (tous actes confondus et sur facture acquittée)	(6) -	400€ / an	600€ / an	800€ / an
Hospitalisation				
Médicale, chirurgicale, séjours, actes	80%	100%BR	100%BR	100%BR
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens ADC-ADA Médecins signataires DPTAM	(1) (4) 80%	100%BR	130%BR	150%BR
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens ADC-ADA Médecins non signataires DPTAM	(1) (4) 80%	100%BR	110%BR	130%BR
PAT (Participation forfaitaire pour tout acte égal ou supérieur à 121€)	-	100%FR	100%FR	100%FR
Forfait journalier (illimité)	-	100%FR	100%FR	100%FR
Forfait Patient Urgences	-	100%FR	100%FR	100%FR
Frais d'accomp. pour -16 ans ou +70 ans (lit + repas) (remboursement sur facture acquittée)	(4) (6) -	100%FR	100%FR	100%FR
Chambre particulière (limitée 15 jrs/an) (remboursement dès la 1ère nuit)	(4) (6) -	50€ / jrs	65€ / jrs	70€ / jrs
Chambre particulière Ets Spécialisés (limitée 15 jrs/an) (remboursement dès la 1ère nuit)	(4) (6) -	50 €/jrs	65€ / jrs	70€ / jrs
Cures thermales				
Soins/honoraires + Forfait héberg.et transport (remboursement sur factures acquittées cure + hébergement)	65-70%	100%BR + 250€/an	100%BR + 320€/an	100%BR + 350€/an
Prestations complémentaires (sur facture acquittée)				
Participation Forfaitaire de l'Assuré (Article R322-8 Code SS)	-	100%FR	100%FR	100%FR
Ostéopathie, Chiropractie, Podologie sur prescription, Acupuncture, Nutritionniste (ttes spécialités confondues)	(6) -	110€ / an	135€ / an	155€ / an
Prothèses capillaire et mammaire (suite chirurgie reconstructrice ou protocole chimio)	(6) 100%	300€ / an	400€ / an	500€ / an
Actes de Prévention				
Vaccins et actes de préventions prévus liste art. R 871.2 CSS	(3) 65%	100%BR	100%BR	100%BR
Dépistage hépatite B	65%	100%BR	100%BR	100%BR
Ostéodensitométrie acceptée	70%	100%BR	100%BR	100%BR
Ostéodensitométrie refusée	(6) -	35€ / an	35€ / an	35€ / an
Aide au sevrage tabagique sur prescription (hors cigarette électronique)	(6) -	90€ / an	90€ / an	90€ / an

Cotisations 2024

Plafond : 38 616 €

Contrat de Base	Taux en HT 2024	TAUX TTC 2024
	Seul	4,27
Seul + 1 enfant	5,13	5,81
Seul + 2 enfants (ou plus)	6,00	6,79
Couple	6,83	7,73
Couple + 1 enfant	7,69	8,71
Couple + 2 enfants (ou plus)	8,54	9,68

Contrat intermédiaire		
Seul	4,42	5,01
Seul + 1 enfant	5,34	6,05
Seul + 2 enfants (ou plus)	6,32	7,16
Couple	7,07	8,01
Couple + 1 enfant	8,03	9,10
Couple + 2 enfants (ou plus)	8,96	10,15

Contrat supérieur		
Seul	5,56	6,30
Seul + 1 enfant	6,52	7,39
Seul + 2 enfants (ou plus)	7,49	8,49
Couple	7,64	8,65
Couple + 1 enfant	9,10	10,31
Couple + 2 enfants (ou plus)	9,59	10,87

• **GARANTIES ET COTISATIONS - Catégorie B (à compter du 1/1/2021) :**

Prestations servies dans le cadre du Parcours de Soins Coordonné		GARANTIE ESSENTIELLE		ESSENTIELLE 1 PACK+		ESSENTIELLE 2 PACK OD	
Nature des actes indemnifiés	Taux SS	REMBOURSEMENTS Prestations versées comprenant le remboursement Sécurité Sociale et dans la limite des dépenses engagées		REMBOURSEMENTS Prestations versées comprenant le remboursement Sécurité Sociale et dans la limite des dépenses engagées		REMBOURSEMENTS Prestations versées comprenant le remboursement Sécurité Sociale et dans la limite des dépenses engagées	
		DPTAM	HORS DPTAM	DPTAM	HORS DPTAM	DPTAM	HORS DPTAM
MÉDECINE - PHARMACIE ET AUTRES							
C. Généraliste-Visites Médecins	70%	170% BR	150% BR	270% BR	200% BR	170% BR	150% BR
C. Spécialiste-Visites Médecins spécialistes	70%	300% BR	200% BR	400% BR	200% BR	300% BR	200% BR
ATM Médecins	70%	300% BR	200% BR	400% BR	200% BR	300% BR	200% BR
Analyses Médicales	60%	200% BR	150% BR	200% BR	150% BR	200% BR	150% BR
Radiologie	70%	200% BR	150% BR	300% BR	200% BR	200% BR	150% BR
Accessoires, Petit appareillage, Orthopédie	(5)	60%	170%BR + 210€	60%	170%BR + 210€	60%	170%BR + 210€
semelles orthopédiques		60%	500% BR	60%	500% BR	60%	500% BR
Soins infirmiers, Kinésithérapie & Sage-Femme		60%	150%BR	60%	150%BR	60%	150%BR
Orthophoniste et Orthoptiste		60%	150%BR	60%	150%BR	60%	150%BR
Accompagnement psychologique sur prescription et dans le cadre du dispositif MonPsy :	(6)						
- Séance d'évaluation (Une séance dans la limite 40€)		60%	100%BR	60%	100%BR	60%	100%BR
- Séances de suivi (dans la limite de 7 séances - 30 € par séance)		60%	100%BR	60%	100%BR	60%	100%BR
Prothèses Auditives :							
Équipement 100% santé	(4)	60%	Rbt Intégral dans la limite des PLV	60%	Rbt Intégral dans la limite des PLV	60%	Rbt Intégral dans la limite des PLV
Équipement classe II Remboursé par AMO (tous les 4 ans)	(5)	60%	180%BR + 800€	60%	180%BR + 800€	60%	180%BR + 800€
Pharmacie		Tous taux	100%BR	Tous taux	100%BR	Tous taux	100%BR
Transports		55%	100%BR	55%	100%BR	55%	100%BR
OPTIQUE							
Verrres	60%		300% BR		300% BR		300% BR
Équipement 100% santé	(1)	60%	Rbt Intégral dans la limite des PLV	60%	Rbt Intégral dans la limite des PLV	60%	Rbt Intégral dans la limite des PLV
Équipement classe B							
Adulte :							
Monture	(1)	60%	100 €	60%	100 €	60%	100 €
Verrres simples, par verre	(1)	60%	155 €	60%	155 €	60%	155 €
Verrres complexes, par verre	(1)	60%	250 €	60%	250 €	60%	250 €
Verrres très complexes, par verre	(1)	60%	250 €	60%	250 €	60%	250 €
Mineur (-16ans) :							
Monture	(1)	60%	100 €	60%	100 €	60%	100 €
Verrres simples, par verre	(1)	60%	155 €	60%	155 €	60%	155 €
Verrres complexes, par verre	(1)	60%	250 €	60%	250 €	60%	250 €
Verrres très complexes, par verre	(1)	60%	250 €	60%	250 €	60%	250 €
Lentilles							
Lentilles (corrective) Remboursées par la SS	(5)		230 € / an		230 € / an		230 € / an
Forfait lentilles (correctives) Non Remboursées par la SS	(5)	-	230€ / an	-	230€ / an	-	230€ / an
Forfait pour Traitement DMLA	(5)	-	400€ / an	-	400€ / an	-	400€ / an
Forfait Chirurgie laser (par oeil)	(5)	-	400€ / an	-	400€ / an	-	400€ / an
Forfait supplémentaire Verrres ou Lentilles ou chirurgie laser	(5)		100 € / an		100 € / an		100 € / an
DENTAIRE							
Soins dentaires	60%		100% BR		100% BR		100% BR
Prothèses dentaires 100% santé	60%		Rbt Intégral dans la limite des HLF		Rbt Intégral dans la limite des HLF		Rbt Intégral dans la limite des HLF
Autres prothèses remboursées par AMO (AMO+TM+dépassement)							
Inlay-Onlay	60%		100% + 300 €		100% + 300 €		100% + 300 €
Inlay Core	60%		100% + 180 €		100% + 180 €		250% + 180 €
Couronne transitoire	60%		100% + 50€ / Limité 200€/an		250% + 50€ / Limité 200€/an		250% + 50€ / Limité 200€/an
Couronne dentaire	60%		350%		500%		500%
Bridges	60%		350%		500%		500%
Prothèses amovibles	60%		350%		500%		500%
Orthodontie acceptée	100%		550% BR		550% BR		700% BR *(TO90)
Orthodontie Refusée			250% BRR		250% BRR		250% BRR
Prothèses refusées SS (hors transitoires)			300% BRR		300% BRR		300% BRR
Parodontologie			100% BR		100% BR		100% BR
Implantologie, Forfait			1200 € / an / bénéficiaire		1200 € / an / bénéficiaire		1200 € / an / bénéficiaire
Forfait supplémentaire Prothèses non prises en charge parodontologie Implantologie tous	(5)		100 € / an		100 € / an		100 € / an
HOSPITALISATION (Médicale, chirurgicale, maternité) tous frais médicaux engagés au cours de l'hospitali:							
Médicale, chirurgicale, séjours, actes	80%		500%BR		600%BR		500%BR
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens ADC-ADA	(3)	80%	500%BR	130%BR	600%BR	200%BR	500%BR
Participation Forfaitaire de l'Assuré (Article R322-8 Code SS) (Participation forfaitaire		-	100%FR	100%FR	100%FR	100%FR	100%FR
Forfait journalier (illimité)		-	100%FR		100%FR		100%FR
Forfait Patient Urgences		-	100%FR		100%FR		100%FR
Frais d'accomp. pour -16 ans ou +70 ans (lit+repas) (remboursement sur facture acquittée	(3) (5)	-	100%FR		100%FR		100%FR
Chambre particulière (remboursement dès la 1ère nuit)	(3) (5)	-	100%FR		100%FR		100%FR
Chambre particulière Ets Spécialisés (limitée 15 jrs/an) (remboursement dès la 1ère nuit	(3) (5)	-	120 €/ jr		120 €/ jr		120 €/ jr
CURES THERMALES							
Soins/honoraires + Forfait hébergement et transport (remboursement sur facture acquittée cure + hébergem	65-70%		100%BR + 350€/an		100%BR + 350€/an		100%BR + 350€/an
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES (sur facture acquittée)							
Ostéopathie, Chiropractie, Podologie sur prescription, Acupuncture, Nutritioniste (ttes spé	(5)	-	155€ / an		200€ / an		155€ / an
Prothèses capillaires et mammaires (suite chirurgie reconstructrice ou protocole chimio)	(5)	100%	600% BR		600% BR		600% BR
Thérapeutique non médicamenteuse pour les adhérents atteints d'une ALD (sur prescrip	(5)						
Prise en charge de la cotisation annuelle dans les Maisons labellisées "Sport Santé" www.maisonsportsante-asser8			100% FR		100% FR		100% FR
Maternité ou adoption (sur justificatif frais)	(5)		500 € par an		500 € par an		500 € par an
Enfants - 18 Ans							
Bilan Psychomotricité	(5)		90 € 2x / an / enfant		90 € 2x / an / enfant		90 € 2x / an / enfant
Séance psychomotricien	(5)		30 € 2x / an / enfant		30 € 2x / an / enfant		30 € 2x / an / enfant
Ergothérapeute	(5)		30 € 5x / an / enfant		30 € 5x / an / enfant		30 € 5x / an / enfant
Diététicien	(5)		30 € 2x / an / enfant		30 € 2x / an / enfant		30 € 2x / an / enfant
Psychologue	(5)		30 € 5x / an / enfant		30 € 5x / an / enfant		30 € 5x / an / enfant
ACTES DE PREVENTION							
Vaccins et actes de préventions prévus liste art. R 871.2 CSS	(2)	65%	100%BR		100%BR		100%BR
Ostéodensitométrie acceptée		70%	100%BR		100%BR		100%BR
Contraception non remboursée par AMO	(5)	-	100 € / an		100 € / an		100 € / an
Ostéodensitométrie refusée	(5)	-	35€ / an		35€ / an		35€ / an
Vaccins non remboursés			FR		FR		FR
Aide au sevrage tabagique sur prescription (hors cigarette électronique)	(5)	-	90€ / an		90€ / an		90€ / an

Cotisations Mensuelles 2024 En Euros	ESSENTIELLE	ESSENTIELLE 1 PACK+	ESSENTIELLE 2 PACK OD
Isolé	80,95	109,05	115,40
Famille	157,80	207,19	219,26
Cotisations Mensuelles Année 2 En Euro			
Isolé	101,19		
Famille	197,24		
Cotisations Mensuelles Année 3 et plus En Euro			
Isolé	105,23		
Famille	205,13		

GARANTIES ET COTISATIONS - Catégorie C (Gpe Extérieur 1) :

	SS	BASE	INTERMEDIAIRE	SUPERIEUR
	Taux SS	SS + Mutuelle	SS + Mutuelle	SS + Mutuelle
Maladie-Pharmacie				
C. Généraliste-Visites-ATM Médecins adhérents au DPTAM	(1)	70%	100%BR	130%BR
C. Généraliste-Visites-ATM Médecins non adhérents au DPTAM	(1)	70%	100%BR	110%BR
C. Spécialiste-Visites spécialistes Médecins adhérents au DPTAM	(1)	70%	100%BR	150%BR
C. Spécialiste-Visites spécialistes Médecins non adhérents au DPTAM	(1)	70%	100%BR	130%BR
Analyses Médicales		60%	100%BR	100%BR
Radiologie Médecins adhérents au DPTAM	(1)	70%	100%BR	100%BR
Radiologie Médecins non adhérents au DPTAM	(1)	70%	100%BR	100%BR
Accessoires, Petit appareillage, Orthopédie	(6)	60%	100%BR + 50€/an	170%BR + 50 €
Soins infirmiers et Kinésithérapie		60%	100%BR	170%BR + 210 €
Orthophoniste et Orthoptiste		60%	100%BR	100%BR
Prothèses Auditives				100%BR
Accompagnement psychologique sur prescription et dans le cadre du dispositif MonPsy :	(7)			
- Séance d'évaluation (Une séance dans la limite 40€)		60%	100%	100%
- Séances de suivi (dans la limite de 7 séances - 30 € par séance)		60%	100%	100%
Equipement 100% santé	(5)	60%	Rbt Intégré dans la limite des PLV	Rbt Intégré dans la limite des PLV
Equipement classe II Remboursé par AMO	(6)	60%	100%BR + 540€ / 4 ans	180%BR + 650€ / 4 ans
Pharmacie		Tous taux	100%BR	100%BR
Contraception non remboursée par AMO	(6)	-	-	50% FR
Transports		55%	100%BR	100%BR
Optique				
Monture, verres		60%	300% BR	300% BR
Equipement 100% santé		60%	Rbt Intégré dans la limite des PLV	Rbt Intégré dans la limite des PLV
Equipement classe B				Rbt Intégré dans la limite des PLV
Adulte :				
Monture	(2)	60%	90 €	100 €
Verres simples, par verre	(2)	60%	65 €	100 €
Verres complexes, par verre	(2)	60%	90 €	180 €
Verres très complexes, par verre	(2)	60%	90 €	180 €
Mineur (-16 ans) :				
Monture	(2)	60%	90 €	100 €
Verres simples, par verre	(2)	60%	65 €	100 €
Verres complexes, par verre	(2)	60%	90 €	180 €
Verres très complexes, par verre	(2)	60%	90 €	180 €
Lentilles		60%	100% BR	100% BR
Lentilles (corrective) Remboursées par la SS	(6)		140 € / an	200€ / an
Forfait lentilles (correctives) Non Remboursées par la SS	(6)	-	160€ / an	230€ / an
Forfait pour Traitement DMLA	(6)	-	300€ / an	350€ / an
Forfait Chirurgie laser (par oeil)	(6)	-	300€ / an	350€ / an
Dentaires				
Soins dentaires		60%	100% BR	100% BR
Prothèses dentaires 100% santé		60%	Rbt Intégré dans la limite des HLF	Rbt Intégré dans la limite des HLF
Autres prothèses remboursées par AMO (AMO+TM+dépassement)		60%		Rbt Intégré dans la limite des HLF
Inlay-Onlay			100% + 250 €	100% + 300 €
Inlay Core		60%	100% + 140 €	100% + 180 €
Couronne provisoire		60%	100%	100% + 30 €
Couronne dentaire		60%	250%	300%
Bridges		60%	250%	300%
Prothèses amovibles		60%	250%	300%
Plafond annuel cumulé sur Prothèses remboursées SS hors 100% santé		-	2 000€ / an	2 500€ / an
Orthodontie acceptée	(6)	100%	350% BR	450% BR
Implantologie, parodontologie, orthodontie refusée (tous actes confondus et sur facture acquittée)	(6)	-	400€ / an	600€ / an
Hospitalisation				
Médicale, chirurgicale, séjours, actes		80%	100%BR	100%BR
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens ADC-ADA Médecins signataires DPTAM	(1) (4)	80%	100%BR	130%BR
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens ADC-ADA Médecins non signataires DPTAM	(1) (4)		100%BR	110%BR
Participation Forfaitaire de l'Assuré (Article R322-8 Code SS) (Participation forfaitaire pour tout acte égal ou supérieur à 121€)		-	100%FR	100%FR
Forfait journalier (illimité)		-	100%FR	100%FR
Forfait Patient Urgences		-	100%FR	100%FR
Frais d'accomp. pour -16 ans ou +70 ans (lit + repas) (remboursement sur facture acquittée)	(4) (6)	-	100%FR	100%FR
Chambre particulière (limitée 15 jrs/an) (remboursement dès la 1ère nuit)	(4) (6)	-	50€ / jrs	65€ / jrs
Chambre particulière Ets Spécialisés (limitée 15 jrs/an) (remboursement dès la 1ère nuit)	(4) (6)	-	50 €/jrs	65€ / jrs
Cures thermales				
Soins/honoraires + Forfait hébergement et transport (remboursement sur factures acquittées cure + hébergement)	(6)	65-70%	100%BR + 250€/an	100%BR + 320€/an
Prestations complémentaires (sur facture acquittée)				
Ostéopathie, Chiropractie, Podologie sur prescription, Acupuncture, Nutritioniste (tous spécialités confondues)	(6)	-	110€ / an	135€ / an
Prothèses capillaires et mammaires (suite chirurgie reconstructrice ou protocole chimio)	(6)	100%	300€ / an	400€ / an
Actes de Prévention				
Vaccins et actes de préventions prévus liste art. R 871.2 CSS	(3)	65%	100%BR	100%BR
Dépistage hépatite B		65%	100%BR	100%BR
Ostéodensitométrie acceptée		70%	100%BR	100%BR
Ostéodensitométrie refusée	(6)	-	35€ / an	35€ / an
Aide au sevrage tabagique sur prescription (hors cigarette électronique)	(6)	-	90€ / an	90€ / an

COTISATIONS EXT1 2024

Contrat de base	<i>Tarif en HT</i>	<i>Tarif en TTC</i>
Enfant de moins de 25 ans (Etudiant – apprentissage)	29,62	33,56
Enfant de plus de 25 ans (Etudiant – apprentissage)	30,48	34,52
Individuel salarié de moins de 25 ans	43,86	49,68
Individuel salarié de moins de 30 ans	45,53	51,58
Individuel salarié de moins de 60 ans	75,98	86,06
Individuel salarié de plus de 60 ans	80,34	91,00
Part enfant	20,82	23,58
Contrat intermédiaire		
Enfant de moins de 25 ans (Etudiant – apprentissage)	31,33	35,49
Enfant de plus de 25 ans (Etudiant – apprentissage)	32,23	36,51
Individuel salarié de moins de 25 ans	45,60	51,65
Individuel salarié de moins de 30 ans	47,27	53,55
Individuel salarié de moins de 60 ans	77,73	88,05
Individuel salarié de plus de 60 ans	82,08	92,97
Part enfant	22,56	25,55
Contrat supérieur		
Enfant de moins de 25 ans (Etudiant – apprentissage)	33,08	37,48
Enfant de plus de 25 ans (Etudiant – apprentissage)	33,96	38,47
Individuel salarié de moins de 25 ans	47,33	53,61
Individuel salarié de moins de 30 ans	49,02	55,52
Individuel salarié de moins de 60 ans	79,46	90,01
Individuel salarié de plus de 60 ans	83,80	94,92
Part enfant	24,31	27,53

• **GARANTIES ET COTISATIONS - Catégorie C (Gpe Extérieur 2 -Particuliers) :**

Prestations servies dans le cadre du Parcours de Soins Coordonné		SS	Argent	Bronze	Corail	Doré	Emeraude	Fushia
Gamme Particuliers 2024		Taux SS	SS+Mut	SS+Mut	SS+Mut	SS+Mut	SS+Mut	SS+Mut
Maladie-Pharmacie								
C. Généraliste-Spécialiste-Visites-ATM Médecins signataires DPTAM	(1)	70%	100%	100%	100%	130%	150%	200%
C. Généraliste-Spécialiste-Visites-ATM Médecins non signataires DPTAM	(1)	70%	100%	100%	100%	110%	130%	180%
Analyses Médicales		60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Radiologie Médecins signataires DPTAM	(1)	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Radiologie Médecins non signataires DPTAM	(1)	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Accessoires, Petit appareillage, Orthopédie	(6)	60%	100%	100%	100% + 45 €	130% + 100 €	150% + 150 €	150% + 200 €
Soins infirmiers et Kinésithérapie		60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Orthophoniste et orthoptiste		60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Accompagnement psychologique sur prescription et dans le cadre du dispositif MonPsy :	(7)							
- Séance d'évaluation (Une séance dans la limite de 40 €)		60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Séances de suivi (dans la limite de 7 séances - 30 € par séance)		60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses Auditives								
Equipement 100% santé (*) Rbt Intégral dans la limite du PLV	(5)	60%	Rbt Intégral (*)					
Equipement classe II Remboursé par AMO tous les 4 ans	(6)	60%	100%	100% + 50€	100% + 77 €	100% + 100 €	100% + 229 €	100% + 229 €
Pharmacie		Tous taux	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Contraception non remboursée par AMO	(6)	-	-	30 €	60 €	75 €	90 €	90 €
Transports		55%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Optique								
Monture, verres ou lentilles correctives	(2)	60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Equipement 100% santé (*) Rbt Intégral dans la limite du PLV		60%	Rbt Intégral (*)					
Equipement classe B								
Forfait Monture	(2)	-	50 €	60 €	70 €	90 €	100 €	100 €
Forfait verres simples, par verre (a)	(2)	-	25 €	50 €	50 €	77 €	92 €	130 €
Forfait verres complexes, par verre (c)	(2)	-	75 €	78 €	88 €	100 €	120 €	165 €
Forfait verres très complexes, par verre (f)	(2)	-	75 €	100 €	100 €	100 €	120 €	165 €
Forfait lentilles prescrites	(6)	-	-	50 €	100 €	120 €	150 €	180 €
Forfait Chirurgie laser (par œil)	(6)	-	75 €	100 €	175 €	200 €	240 €	300 €
Dentaires								
Soins dentaires		60%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires 100% santé (*) Rbt Intégral dans la limite des HLE			Rbt Intégral (*)					
Autres prothèses remboursées par AMO (AMO+TM+dépassement)								
Inlay-Onlay		60%	100% + 250 €	100% + 250 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
Inlay Core		60%	100% + 140 €	100% + 140 €	100% + 180 €	100% + 180 €	100% + 180 €	100% + 180 €
Couronne provisoire		60%	100%	125%	170%	275%	300%	350%
Couronne dentaire		60%	100%	125%	170%	275%	300%	350%
Bridges		60%	100%	125%	170%	275%	300%	350%
Prothèses amovibles		60%	100%	125%	170%	275%	300%	350%
Plafond annuel cumulé sur Prothèses remboursées SS hors 100% santé		-	-	500 €	800 €	800 €	1 250 €	1 250 €
Orthodontie acceptée + Forfait Orthodontie acceptée / semestre		100%	100%	100%	150% + 125 €	150% + 183 €	150% + 220 €	200% + 220 €
Implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée AMO (tous actes confondus)	(6)	-	200 €	250 €	300 €	400 €	600 €	800 €
Hospitalisation								
Médicale, chirurgicale, séjours, actes		80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens ADC-ADA Médecins signataires DPTAM	(1) (4)	80%	100%	100%	100%	150%	170%	220%
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens ADC-ADA Médecins non signataires DPTAM	(1) (4)	80%	100%	100%	100%	130%	150%	200%
Forfait journalier		-	illimité	illimité	illimité	illimité	illimité	illimité
Forfait Patient Urgences		-	100% FR					
Frais d'accomp. pour -16 ans ou +70 ans (lit uniquement)	(4) (6)	-	22€ / 8jrs	22€ / 8jrs	22€ / 30jrs	30€ / 30jrs	37€ / 30jrs	43€ / 30jrs
Chambre particulière (médecine et chirurgie) dès la 1ère nuit	(4) (6)	-	-	-	35€ / 30jrs /an	45€ / 30jrs /an	55€ / 30jrs /an	65€ / 30jrs / an
Chambre particulière Etablissements spécialisés dès la 1ère nuit	(4) (6)	-	31€ / 8jrs /an	31€ / 8jrs /an	31€ / 30jrs /an	43€ / 30jrs /an	53€ / 30jrs /an	53€ / 30jrs /an
Cures thermales								
Soins / honoraires de surveillance + Forfait hébergement et transport	(6)	65-70%	100%	100%	100% + 107 €	100% + 107 €	100% + 122 €	100% + 153 €
Prestations complémentaires								
Participation Forfaitaire de l'Assuré (Article R322-8 Code SS)		-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Amniocentèse non remboursée AMO	(6)	-	-	-	25 €	50 €	50 €	50 €
Péridurale non remboursée AMO	(6)	-	-	-	25 €	46 €	50 €	50 €
Ostéopathie, Chiropractie, Podologie sur prescription, Acupuncture (toutes spécialités confondues)	(6)	-	20€ / 2 fois / an	20€ / 3 fois / an	20€ / 3 fois / an	20€ / 3 fois / an	20€ / 4 fois / an	20€ / 4 fois / an
Prothèses capillaire et mammaire remboursées AMO	(6)	100%	100 €	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €
Actes de Prévention								
Vaccins et actes de préventions prévus liste art. R 871.2 CSS	(3)	65%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins non remboursés AMO	(6)	-	6 €	6 €	6 €	6 €	6 €	6 €
Ostéodensitométrie Forfait	(6)	-	-	-	25 €	45 €	45 €	45 €
Aide au sevrage tabagique sur prescription (hors cigarette électronique)	(6)	-	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €	50 €
Détartrage annuel (2 séances)	(3)	70%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tarif 2024	Argent	Bronze	Corail	Doré	Emeraude	Fushia
Enfant	15,79 €	22,96 €	23,67 €	26,42 €	30,03 €	31,76 €
16 - 20 ans	16,92 €	24,88 €	27,27 €	36,71 €	43,39 €	44,49 €
21 - 25 ans	18,74 €	30,65 €	34,78 €	43,07 €	51,76 €	53,28 €
26 - 30 ans	22,77 €	32,09 €	37,81 €	48,04 €	56,62 €	58,35 €
31 - 35 ans	26,22 €	38,52 €	43,28 €	53,39 €	63,49 €	64,87 €
36 - 40 ans	30,06 €	44,49 €	46,91 €	60,58 €	73,31 €	75,35 €
41 - 45 ans	36,35 €	47,36 €	52,06 €	65,99 €	78,54 €	81,19 €
46 - 50 ans	39,97 €	48,66 €	60,10 €	71,62 €	83,29 €	87,80 €
51 - 55 ans	45,64 €	52,81 €	64,45 €	76,87 €	88,95 €	91,99 €
56 - 60 ans	50,78 €	57,30 €	74,67 €	84,05 €	95,84 €	102,13 €
61 - 65 ans	57,22 €	61,27 €	77,15 €	90,87 €	101,89 €	108,74 €
66 - 70 ans	63,03 €	64,58 €	80,79 €	96,54 €	110,67 €	119,14 €
Plus de 70 ans	69,36 €	71,58 €	84,94 €	103,61 €	119,66 €	132,86 €

GARANTIES ET COTISATIONS - Catégorie C (Mutuelle de Village) :

Garantie Frais de Santé - Ma Mutuelle de Village 2024

Les prestations prévues aux contrats ci-dessous ne peuvent être servies dans leur intégralité que dans le cadre du parcours de soins

	Sécurité Sociale	Prévention	Sécurité	Sécurité +	Confort	Confort +
	SS+MxL	SS+MxL	SS+MxL	SS+MxL	SS+MxL	SS+MxL
ACTES MEDICAUX ET PARAMEDICAUX						
Les taux indiqués comprennent la part Sécurité Sociale + la part mutuelle						
Consultations - Visites médecins (en secteur 1 ou adhérent DPTAM*)	(1) 70%	100%	100%	100%	130%	150%
Consultations - Visites - médecins (non adhérent DPTAM*)	(1) 70%	100%	100%	100%	110%	130%
Radiologie	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses, examens de laboratoire	60 à 70%	100%	100%	100%	100%	100%
Soins infirmiers	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Kinésithérapie	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Accompagnement psychologique sur prescription et dans le cadre du dispositif MonPsy :	(8)					
- Séance d'évaluation (Une séance dans la limite de 40 €)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
- Séances de suivi (dans la limite de 7 séances - 30 € par séance)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Orthophonie, Orthoptie	60%	100%	100%	100%	100%	100%
PHARMACIE						
Les taux indiqués comprennent la part Sécurité Sociale + la part mutuelle						
Pharmacie 15% - 30% - 65%	15 à 65%	100%	100%	100%	100%	100%
Contraception	(6) -	-	-	20 €	25 €	30 €
Orthopédie	(6) 60%	60%	100%	100%	100%	100%
Forfait Orthopédique et petit appareillage	-	-	-	-	100 €	200 €
Prothèses auditives	(9) 60%	60%	Rbt Intégral dans la limite des PLV	Rbt Intégral dans la limite des PLV	Rbt Intégral dans la limite des PLV	Rbt Intégral dans la limite des PLV
Équipement 100% santé (au 1er janvier 2021)	(9) 60%	60%	100% + 200 €	100% + 300 €	100% + 400 €	100% + 710 €
Équipement classe II remboursés par AMO (tous les 4 ans)	(8) 60%	60%				
OPTIQUE Les remboursements prévus ci-dessous sont limités aux montants fixés par le Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (prise en compte matériel) (10)						
Les taux indiqués comprennent la part Sécurité Sociale + la part mutuelle						
Verres - Montures - remboursé(e)s par AMO	60%	60%	100%	100%	100%	100%
Équipement 100% santé	60%	60%	Rbt Intégral dans la limite des PLV	Rbt Intégral dans la limite des PLV	Rbt Intégral dans la limite des PLV	Rbt Intégral dans la limite des PLV
Équipements Classe B :						
Forfait équipement monture + verres simples	-	-	50 €	180 €	220 €	260 €
Forfait équipement monture + verres complexes	-	-	150 €	195 €	240 €	280 €
Forfait équipement monture + verres très complexes	-	-	200 €	210 €	260 €	300 €
			(monture 30 € max)	(monture 60€ max)	(monture 80€ max)	(monture 100€ max)
Lentilles correctives remboursées par AMO	60%	60%	100%	100%	100%	100%
Lentilles remboursées ou non sur prescription	(6) -	-	-	-	46 €	61 €
Forfait Chirurgie laser : myopie, presbytie, astigmatisme, hypermétropie (par œil)	(6) -	-	-	-	250 €	350 €
DENTAIRE						
Les taux indiqués comprennent la part Sécurité Sociale + la part mutuelle						
Soins dentaires	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires 100% santé	60%	60%	Rbt Intégral dans la limite des HLF	Rbt Intégral dans la limite des HLF	Rbt Intégral dans la limite des HLF	Rbt Intégral dans la limite des HLF
Autres prothèses remboursées par AMO :						
Inlay-Onlay	60%	60%	100% + 250 €	100% + 250 €	100% + 300 €	100% + 300 €
Inlay Core	60%	60%	100% + 140 €	100% + 140 €	100% + 180 €	100% + 180 €
Couronne provisoire	60%	60%	100%	100%	100%	100%
Couronne dentaire	60%	60%	125%	170%	200%	250%
Bridges	60%	60%	125%	170%	200%	250%
Prothèses amovibles	60%	60%	125%	170%	200%	250%
Actes nomenclaturés non remboursés	(6) -	-	-	-	50 €	100 €
Plafond annuel cumulé sur Prothèses remboursées SS hors 100% santé	(6) -	-	400 €	600 €	800 €	1 000 €
Orthodontie acceptée et remboursée 100% SS (2fois/an/bénéficiaire de - de 16 ans) (TC)	(6) 100%	100%	125%	150%	150%	200%
HOSPITALISATION						
Les taux indiqués comprennent la part Sécurité Sociale + la part mutuelle						
Soins externes en hôpitaux publics et semi privés	60 à 70%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation médicale, chirurgicale - séjours	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires d'un médecin (en secteur 1 ou adhérent DPTAM*)	(1) 80%	100%	100%	110%	120%	130%
Honoraires d'un médecin (non adhérent DPTAM*)	(1) 80%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait Hospitalier (3)	-	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Forfait Patient Urgences	-	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
PAT (Participation forfaitaire pour tout acte égal ou supérieur à 121€)	-	100%	100%	100%	100%	100%
Frais d'accompagnement moins de 16 ans ou + de 70 ans (lit et repas)	(6) -	-	-	FR/30jr/an	FR/30jr/an	FR/30jr/an
Frais de transport en ambulance remboursée SS	55%	55%	100%	100%	100%	100%
CURES THERMALES						
Les taux indiqués comprennent la part Sécurité Sociale + la part mutuelle						
Soins	65% à 100%	65%	100%	100%	100%	100%
Forfait Hébergement Soins et Transport	(6) -	-	-	-	77 €	92 €
CHAMBRE PARTICULIERE (à partir de la première nuitée)						
Les taux indiqués comprennent la part Sécurité Sociale + la part mutuelle						
En hôpitaux, cliniques: hospitalisation médicale, chirurgicale ou maternelle	(4) (8) -	-	-	40€/30jr/an	45€/30jr/an	50€/30jr/an
Etablissements spécialisés (maison de repos, rééducation, moyen et long séjour, psychiatrie, gériatrie...)	(4) (8) -	-	-	40€/10jr/an	45€/20jr/an	50€/30jr/an
PREVENTION (1 fois/an)						
Les taux indiqués comprennent la part Sécurité Sociale + la part mutuelle						
Détartrage SS	(3) 70%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins (tous)	(3) 65%	100%	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie	(6) -	-	25 €	30 €	40 €	50 €
Sevrage tabagique (hors cigarette électronique)	(6) -	45 €	45 €	60 €	90 €	90 €
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES						
Les taux indiqués comprennent la part Sécurité Sociale + la part mutuelle						
Amniocentèse	(6) -	-	-	-	-	31 €
Péridurale	(6) -	-	-	-	-	31 €
Ostéopathie ou acupuncture ou nutritionniste	(6)(7) -	-	30 €	35 €	40 €	45 €
Prothèses capillaires et/ou mammaires (TC)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait prothèses capillaires et mammaires	(6) -	-	-	150 €	200 €	250 €
Prévoyance : Prestations garanties par la Mutuelle Générale de Prévoyance (M.G.P.) RNM 337 682 680						
Frais d'obèques				300 €		
Majoration en cas d'accident (sauf volontaire)				1 600 €		
Garantie "tout accident" (en cas d'hospitalisation causée par un accident pour TV, magazines...)				16 € / jour		
				60 jours/an et 3 hospitalisations maximum par accident		

TARIFICATION MENSUELLE - PAR PERSONNE COUVERTE
GARANTIES FRAIS DE SANTÉ
MA MUTUELLE DE VILLAGE - 2024

	PREVENTION	SECURITE	SECURITE +	CONFORT	CONFORT +
0 - 30 ans	16,68 €	24,95 €	27,34 €	33,59 €	42,04 €
31 - 50 ans	27,94 €	42,92 €	47,25 €	57,65 €	68,76 €
51 - 70 ans	46,07 €	54,76 €	70,29 €	79,31 €	88,32 €
71 ans et +	62,23 €	67,35 €	78,00 €	94,23 €	100,38 €

Tarif mensuel par personne couverte – Gratuité au-delà du 2^{ème} enfant

Les cotisations et prestations sont valables pour l'exercice 2024– Une révision peut intervenir en cas de modification de la législation en vigueur ou autre

<u>Tarification Prévoyance Obligatoire</u>	Titulaire	Conjoint et/ou enfants
Inclusion Obsèques et Accident	0,89 TTC	0,89 TTC

• **GARANTIES et COTISATIONS - Catégorie C : TNS**

Gamme TNS 2024

	SS	LAGON	OCEAN	MARIN
Prestations servies dans le cadre du Parcours de Soins Coordonné	Taux SS	SS+Mut	SS+Mut	SS+Mut
Maladie-Pharmacie				
C. Généraliste-Spécialiste-Visites-ATM Médecins signataires DPTAM	(1) 70%	100%	130%	150%
C. Généraliste-Spécialiste-Visites-ATM Médecins non signataires DPTAM	(1) 70%	100%	110%	130%
Analyses médicales	60%	100%	100%	100%
Radiologie Médecins signataires DPTAM	(1) 70%	100%	100%	100%
Radiologie Médecins non signataires DPTAM	(1) 70%	100%	100%	100%
Accessoires, Petit appareillage, Orthopédie	(6) 60%	100% + 60 €	100% + 90 €	100% + 120 €
Soins infirmiers et Kinésithérapie	60%	100%	100%	100%
Orthophoniste et orthoptiste	60%	100%	100%	100%
Accompagnement psychologique sur prescription et dans le cadre du dispositif MonPsy :	(7)			
- Séance d'évaluation (Une séance dans la limite 40€)	60%	100%	100%	100%
- Séances de suivi (dans la limite de 7 séances - 30 € par séance)	60%	100%	100%	100%
Prothèses auditives				
Équipement 100% santé	(5) 60%	Rbt Intégré dans la limite des PLV	Rbt Intégré dans la limite des PLV	Rbt Intégré dans la limite des PLV
Équipement classe II Remboursé par AMO forfait par oreille (tous les 4 ans)	(5) 60%	100% + 125 €	130% + 250 €	200% + 340 €
Pharmacie	Tous taux	100%	100%	100%
Contraception non remboursée par AMO	(6) -	35 €	40 €	45 €
Transports	55%	100%	100%	100%
Optique				
Monture, verres ou lentilles correctives	(2) 60%	100%	100%	100%
Équipement 100% santé	60%	Rbt Intégré dans la limite des PLV	Rbt Intégré dans la limite des PLV	Rbt Intégré dans la limite des PLV
Équipement classe B				
Forfait Monture	(2) -	70 €	90 €	100 €
Forfait verres simples, par verre (a)	(2) -	50 €	70 €	90 €
Forfait verres complexes, par verre (c)	(2) -	75 €	78 €	100 €
Forfait verres très complexes, par verre (f)	(2) -	88 €	100 €	120 €
Forfait lentilles prescrites	(6) -	185 €	245 €	270 €
Forfait Chirurgie laser (par œil)	(6) -	205 €	270 €	310 €
Dentaires				
Soins dentaires	60%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires 100% santé	60%	Rbt Intégré dans la limite des HLF	Rbt Intégré dans la limite des HLF	Rbt Intégré dans la limite des HLF
Autres prothèses remboursées par AMO (AMO+TM+dépassement)				
Inlay-Onlay	60%	100% + 250 €	100% + 300 €	100% + 300 €
Inlay Core	60%	100% + 140 €	100% + 180 €	100% + 180 €
Couronne transitoire	60%	100%	100% + 30 €	100% + 50 €
Couronne dentaire	60%	250%	300%	350%
Bridges	60%	250%	300%	350%
Prothèses amovibles	60%	250%	300%	350%
Plafond annuel cumulé sur Prothèses remboursées SS > 125% et hors 100% santé	-	1 000 €	1 500 €	2 000 €
Orthodontie acceptée + Forfait Orthodontie acceptée / semestre	(6) 100%	200% + 125 €	250% + 183 €	300% + 220 €
Implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée AMO (tous actes confondus)	(6) -	150 €	400 €	600 €
Hospitalisation				
Médicale, chirurgicale, séjours, actes	80%	100%	100%	100%
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens ADC-ADA Médecins signataires DPTAM	(1) 80%	140%	160%	180%
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens ADC-ADA Médecins non signataires DPTAM	(1) 80%	120%	140%	160%
Forfait journalier	-	illimité	illimité	illimité
Forfait Patient Urgences	-	100%FR	100%FR	100%FR
PAT (Participation forfaitaire pour tout acte égal ou supérieur à 121€)	-	100%FR	100%FR	100%FR
Frais d'accomp. pour -16 ans ou +70 ans (lit uniquement)	(4) (6) -	30€/jrs 30jrs/an	30€/jrs 30jrs/an	30€/jrs 30jrs/an
Chambre particulière (médecine et chirurgie)	(4) (6) -	60€/jrs/illim.	70€/jrs/illim.	80€/jrs/illim.
Chambre particulière Etablissements spécialisés	(4) (6) -	60€/jrs 30jrs/an	70€/jrs 30jrs/an	80€/jrs 30jrs/an
Cures thermales				
Soins / honoraires de surveillance + Forfait hébergement et transport	(6) 65-70%	100% + 75 €	100% + 120 €	100% + 230 €
Prestations complémentaires				
"Participation Forfaitaire de l'Assuré" (Article R322-8 Code SS)	-	100%	100%	100%
Fécondation In Vitro	(6) -	100 €	100 €	100 €
Amniocentèse non remboursée AMO	(6) -	35 €	40 €	45 €
Péridurale non remboursée AMO	(6) -	35 €	40 €	45 €
Ostéopathie, Chiropractie, Podologie sur prescription, Acupuncture (toutes spécialités confondus)	(6) -	-	40%FR jsq 80 €	50%FR jsq 100 €
Prothèses capillaire et mammaire remboursées AMO	(6) 100%	100% + 150 €	100% + 250 €	100% + 300 €
Actes de Prévention				
Vaccins et actes de préventions prévus liste art. R 871.2 CSS	(3) 65%	100%	100%	100%
Vaccins non remboursés AMO	(6) -	50 €	50 €	50 €
Densitométrie osseuse remboursée AMO	(6) 70%	100%	100% + 35 €	100% + 35 €
Densitométrie osseuse non remboursée AMO	(6) -	-	35 €	35 €
Aide au sevrage tabagique sur prescription (hors cigarette électronique)	(6) -	70 €	90 €	90 €
Détartrage annuel (2 séances)	(3) 70%	100%	100%	100%

Tarifs 2024

Enfants	24,27 €	26,59 €	30,83 €
18 / 35 ans	41,22 €	48,49 €	54,29 €
36 / 65 ans	47,81 €	56,07 €	65,65 €
66 et +	52,95 €	60,11 €	70,93 €

• **GARANTIES et COTISATIONS Catégorie C : Entreprises**

Gamme Entreprises 2024							
Prestations servies dans le cadre du Parcours de Soins Coordonné			Couverture Assurance Maladie + Mutuelle				
	SS	ANI	1	2	3	4	
	Taux SS	SS+Mut	SS+Mut	SS+Mut	SS+Mut	SS+Mut	
Maladie-Pharmacie							
C. Généraliste-Spécialiste-Visites-ATM Médecins signataires DPTAM	(1)	70%	100%	100%	130%	150%	200%
C. Généraliste-Spécialiste-Visites-ATM Médecins non signataires DPTAM	(1)	70%	100%	100%	110%	130%	180%
Analyses Médicales		60%	100%	100%	100%	100%	100%
Radiologie Médecins signataires DPTAM	(1)	70%	100%	100%	120%	120%	120%
Radiologie Médecins non signataires DPTAM	(1)	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Accessoires, Petit appareillage, Orthopédie	(6)	60%	100%	100%	100% + 90 €	100% + 120 €	100% + 155 €
Soins infirmiers et Kinésithérapie		60%	100%	100%	100%	100%	100%
Orthophoniste et orthoptiste		60%	100%	100%	100%	100%	100%
Accompagnement psychologique sur prescription et dans le cadre du dispositif MonPsy : - Séance d'évaluation (Une séance dans la limite 40€) - Séances de suivi (dans la limite de 7 séances - 30 € par séance)	(7)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses auditives		60%	100%	100%	100%	100%	100%
Équipement 100% santé * Remboursement intégral dans la limite des PLV	(5)	60%	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *
Équipement classe II Remboursé par AMO (tous les 4 ans)	(6)	60%	100%	100%	130% + 250 €	200% + 340€	250% + 440 €
Pharmacie		Tous taux	100%	100%	100%	100%	100%
Contraception non remboursée par AMO	(6)	-	-	-	40 €	45 €	50 €
Transports		55%	100%	100%	100%	100%	100%
Optique							
Monture, verres ou lentilles correctives	(2)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Équipement 100% santé * Remboursement intégral dans la limite des PLV		60%	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *
Équipement classe B		-	-	-	-	-	-
Forfait Monture	(2)	-	50 €	50 €	90 €	90 €	90 €
Forfait verres simples, par verre (a)	(2)	-	25 €	25 €	65 €	95 €	125 €
Forfait verres complexes, par verre (c)	(2)	-	50 €	65 €	90 €	120 €	150 €
Forfait verres très complexes, par verre (f)	(2)	-	50 €	85 €	115 €	155 €	205 €
Forfait lentilles prescrites	(6)	-	-	70 €	120 €	135 €	155 €
Forfait Chirurgie laser (par œil)	(6)	-	-	-	270 €	310 €	420 €
Dentaires							
Soins dentaires		60%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires 100% santé * Remboursement intégral dans la limite des HLF		-	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *	Rbt Intégral *
Autres prothèses remboursées par AMO (AMO+ TM-dépassement)		60%	125%	100% + 250 €	100% + 300 €	100% + 300 €	100% + 300 €
Inlay-Onlay		60%	125%	100% + 140 €	100% + 180 €	100% + 180 €	100% + 180 €
Inlay Core		60%	125%	200%	250%	300%	350%
Couronne provisoire		60%	125%	200%	250%	300%	350%
Couronne dentaire		60%	125%	200%	250%	300%	350%
Bridges		60%	125%	200%	250%	300%	350%
Prothèses amovibles		60%	125%	200%	250%	300%	350%
Plafond annuel cumulé sur Prothèses remboursées SS > 125% et hors 100% santé		-	1 000 €	2 000 €	2 700 €	3 000 €	3 000 €
Orthodontie acceptée + Forfait Orthodontie acceptée / semestre		100%	125%	200%	250%	300%	350%
Implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée AMO (tous actes confondus)	(6)	-	-	150 €	400 €	600 €	800 €
Hospitalisation							
Médicale, chirurgicale, séjours, actes		80%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens ADC-ADA Médecins signataires DPTAM	(1) (4)	80%	100%	100%	140%	140%	140%
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens ADC-ADA Médecins non signataires DPTAM	(1) (4)	80%	100%	100%	120%	120%	120%
Forfait Patient Urgences		-	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Forfait journalier		-	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Participation Forfaitaire de l'Assuré (Article R322-8 Code SS)		-	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Frais d'accomp. pour -16 ans (lit uniquement)	(4) (6)	-	-	30€/ jour illimité	30€/ jour illimité	30€/ jour illimité	30€/ jour illimité
Chambre particulière (médecine et chirurgie) dès la 1ère nuitée	(4) (6)	-	-	30€/ jour illimité	60€/ jour illimité	80€/ jour illimité	90€/ jour illimité
Chambre particulière Etablissements spécialisés dès la 1ère nuitée	(4) (6)	-	-	30€ / 30jrs /an	60€ / 30jrs /an	80€ / 30jrs /an	90€ / 30jrs /an
Cures thermales							
Soins / honoraires de surveillance + Forfait hébergement et transport	(6)	65-70%	100%	100%	100% + 120 €	100% + 230 €	100% + 250 €
Prestations complémentaires							
Amniocentèse non remboursée AMO	(6)	-	-	-	45 €	45 €	60 €
Péridurale non remboursée AMO	(6)	-	-	-	45 €	45 €	60 €
Fécondation in vitro	(6)	-	-	100 €	100 €	100 €	100 €
Ostéopathie, Chiropractie, Podologie sur prescription, Acupuncture (toutes spécialités confondues)	(6)	-	-	30% FR Jusq 60€	40% FR Jusq 80€	50%FR Jusq 100€	50% FR Jusq 120€
Prothèses capillaire et mammaire remboursées AMO	(6)	100%	100%	100% + 250€	100% + 250€	100% + 250€	100% + 250€
Actes de Prévention							
Vaccins et actes de préventors prévus liste art. R 871:2 CSS	(3)	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins non remboursés AMO	(6)	-	-	-	50% FR	50% FR	50% FR
Ostéodensitométrie (remboursée ou non par AMO) Forfait	(6)	-	-	-	35 €	35 €	35 €
Aide au sevrage tabagique sur prescription (hors cigarette électronique)	(6)	-	-	-	90 €	90 €	90 €
Détartrage annuel (2 séances)	(3)	70%	100%	100%	100%	100%	100%

Tarif 2024	ANI	1	2	3	4
Adulte - 36 Ans	31,96 €	44,22 €	49,94 €	55,73 €	65,91 €
Adulte + de 36 Ans	42,20 €	53,82 €	61,59 €	69,70 €	82,73 €
Enfant	22,04 €	29,52 €	35,72 €	37,55 €	40,77 €

Toutes nos prestations sont versées dans la limite des dépenses engagées. Tous nos contrats (hors Prévention « Mutuelle de Village ») sont des contrats "Responsables".

Les taux s'entendent sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) : taux en vigueur au 01/01/2024.

Pour les actes Hors Parcours de Soins Coordonné, le remboursement Mutuelle demeure inchangé, mais le taux de remboursement de la Sécurité Sociale peut être minoré.

Période minimale d'adhésion : 1 an