

	FORMULE 1
FRAIS DE SÉJOUR / HOSPITALISATION MEDICALE	
Etablissement conventionné	100 % BR
Etablissement non conventionné	100 % BR
HONORAIRES ET ACTES CHIRURGICAUX / HOSPITALISATION MEDICALE	
Honoraires - Actes chirurgicaux Médecin adhérent au DPTAM	100 % BR
Honoraires - Actes chirurgicaux Médecin non adhérent au DPTAM y compris non conventionné	100 % BR
Chambre particulière	67 €
Forfait journalier hospitalier (par référence à la législation fixant son ou ses montants à la date de l'hospitalisation)	100% des Frais Réels
Frais d'Accompagnement enfant de moins de 12 ans	33 €
Hospitalisation à l'étranger, les frais annexes (téléphone, télévision) ne sont en aucun cas pris en charge par l'assureur	100 % BR
Transport en ambulance	125 % BR
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Consultations, Visites Généralistes Médecin adhérent au DPTAM	125 % BR
Consultations, Visites Généralistes Médecin non adhérent au DPTAM	105 % BR
Consultations, Visites spécialistes Médecin adhérent au DPTAM	125 % BR
Consultations, Visites spécialistes Médecin non adhérent au DPTAM	105 % BR
Auxiliaires médicaux	125 % BR
Analyses	125 % BR
Radiologie Médecin adhérent au DPTAM	125 % BR
Radiologie Médecin non adhérent au DPTAM	105 % BR
Petite chirurgie Médecin adhérent au DPTAM	125 % BR
Petite chirurgie Médecin non adhérent au DPTAM	105 % BR
Médicaments	100 % BR
Orthopédie, Autres prothèses non dentaires	125 % BR
AIDES AUDITIVES	
Aides auditives classe 1 "100% Santé"/ tous les 4 ans à compter du 1er janvier 2021 (*) (****)	Zéro reste à charge
Aides auditives et à compter du 1er janvier 2021, aides auditives classe 2/tous les 4 ans (*) (****)	125 % BR
DENTAIRE	
Prothèses dentaires Classe 1 "100% Santé"	Zéro reste à charge
Prothèses dentaires de Classe 2 " Tarifs Maîtrisés" et de Classe 3 "Tarifs Libres"	125 % BR
Soins dentaires	125 % BR
Orthodontie	125 % BR
Implants dentaires (sur la base d'un SPR 50) dans la limite de 3/an/bénéficiaire	125 % BR
Formule avec plafond (le plafond ne s'applique pas aux prothèses dentaires de Classe 1)	500 €
OPTIQUE	
Remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 100 € et de 2 verres) dans la limite pour l'équipement complet des montants minimum et maximum prévus par la réglementation relative au contrat responsable(1), par période de deux ans ou par période d'un an pour les personnes assurées âgées de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement des verres justifiés par une évolution de la vue	
Équipement de classe A "100% Santé"	Zéro reste à charge
Équipement de classe B (**) (***) :	
Équipement à verres simples (1)	RSS + 130 €
Équipement à verres complexes** (2)ou hypercomplexes (3)	RSS + 200 €
Lentilles acceptées - refusées par an et par bénéficiaire	125 % BR
Au-delà de ce plafond pour les seules lentilles prises en charge par le RO	100 % BR
Opération de la myopie ou de l'hyper métropie (par laser)/an/bénéficiaire	67 €
FORFAIT DIVERS	
Naissance	135 €
Cure thermale prise en charge par le RO par an	135 €
Au-delà du plafond annuel : Frais d'hospitalisation et actes médicaux en cas de cure thermale prise en charge par le RO	100 % BR
FRAIS D'OBSEQUES	
Indemnités obsèques (limitées à 65 ans)	506 €
PRESTATIONS DE PREVENTION	
Ostéopathie, chiropractie, éthiopathie, homéopathie, acupuncture, podologue /an	20 €/séance/max 2 séances
Sevrage tabagique/an	20 €
Vaccins, médicaments, examens non remboursés et prescrits par un médecin/an	67 €
Détartrage annuel complet	125 % BR
Diététique/an	20 €
ASSISTANCE	
PROTECTION JURIDIQUE SANTE	

	FORMULE 1B
FRAIS DE SÉJOUR / HOSPITALISATION MEDICALE	
Etablissement conventionné	150 % BR
Etablissement non conventionné	100 % BR
HONORAIRES ET ACTES CHIRURGICAUX / HOSPITALISATION MEDICALE	
Honoraires - Actes chirurgicaux Médecin adhérent au DPTAM	150 % BR
Honoraires - Actes chirurgicaux Médecin non adhérent au DPTAM y compris non conventionné	100 % BR
Chambre particulière	84 €
Forfait journalier hospitalier (par référence à la législation fixant son ou ses montants à la date de l'hospitalisation)	100% des Frais Réels
Frais d' Accompagnement enfant de moins de 12 ans	50 €
Hospitalisation à l'étranger, les frais annexes (téléphone, télévision) ne sont en aucun cas pris en charge par l'assureur	100 % BR
Transport en ambulance	130 % BR
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Consultations, Visites Généralistes Médecin adhérent au DPTAM	130 % BR
Consultations, Visites Généralistes Médecin non adhérent au DPTAM	110 % BR
Consultations, Visites spécialistes Médecin adhérent au DPTAM	130 % BR
Consultations, Visites spécialistes Médecin non adhérent au DPTAM	110 % BR
Auxiliaires médicaux	130 % BR
Analyses	130 % BR
Radiologie Médecin adhérent au DPTAM	130 % BR
Radiologie Médecin non adhérent au DPTAM	110 % BR
Petite chirurgie Médecin adhérent au DPTAM	130 % BR
Petite chirurgie Médecin non adhérent au DPTAM	110 % BR
Médicaments	100 % BR
Orthopédie, Autres prothèses non dentaires	150 % BR
AIDES AUDITIVES	
Aides auditives classe 1 "100% Santé"/ tous les 4 ans à compter du 1er janvier 2021 (*) (****)	Zéro reste à charge
Aides auditives et à compter du 1er janvier 2021, aides auditives classe 2/tous les 4 ans (*) (****)	150 % BR
DENTAIRE	
Prothèses dentaires Classe 1 "100% Santé"	Zéro reste à charge
Porthèses dentaires de Classe 2 " Tarifs Maitrisés" et de Classe 3 "Tarifs Libres"	150 % BR
Soins dentaires	150 % BR
Orthodontie	150 % BR
Implants dentaires (sur la base d'un SPR 50) dans la limite de 3/an/bénéficiaire	150 % BR
Formule avec plafond (le plafond ne s'applique pas aux prothèses dentaires de Classe 1)	750 €
OPTIQUE	
Remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 100 € et de 2 verres) dans la limite pour l'équipement complet des montants minimum et maximum prévus par la réglementation relative au contrat responsable(1), par période de deux ans ou par période d'un an pour les personnes assurées âgées de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement des verres justifiés par une évolution de la vue	
Equipement de classe A "100% Santé"	Zéro reste à charge
Equipement de classe B (**)(***) :	
Equipement à verres simples (1)	RSS +195 €
Equipement à verres complexes** (2)ou hypercomplexes (3)	RSS + 215 €
Lentilles acceptées - refusées par an et par bénéficiaire	101 €
Au-delà de ce plafond pour les seules lentilles prises en charge par le RO	100 % BR
Opération de la myopie ou de l'hyper métropie (par laser)/an/bénéficiaire	101 €
FORFAIT DIVERS	
Naissance	337 €
Cure thermale prise en charge par le RO par an	168 €
Au-delà du plafond annuel : Frais d'hospitalisation et actes médicaux en cas de cure thermale prise en charge par le RO	100 % BR
FRAIS D'OBSEQUES	
Indemnités obsèques (limitées à 65 ans)	844 €
PRESTATIONS DE PREVENTION	
Ostéopathie, chiropractie, éthiopatie, homéopathie, acupuncture, podologue /an	20 €/séance/max 2 séances
Sevrage tabagique/an	20 €
Vaccins, médicaments, examens non remboursés et prescrits par un médecin/an	67 €
Détartrage annuel complet	130 % BR
Diététique/an	20 €
ASSISTANCE	
PROTECTION JURIDIQUE SANTE	

	FORMULE 2
FRAIS DE SÉJOUR / HOSPITALISATION MEDICALE	
Etablissement conventionné	100 % FR limité à 500 % BR
Etablissement non conventionné	70 % FR limité à 500 % BR et un mini. de 100 % BR
HONORAIRES ET ACTES CHIRURGICAUX / HOSPITALISATION MEDICALE	
Honoraires - Actes chirurgicaux Médecin adhérent au DPTAM	100 % FR limité à 500 % BR
Honoraires - Actes chirurgicaux Médecin non adhérent au DPTAM y compris non conventionné	70 % FR limité à 200 % BR et un mini. de 100 % BR
Chambre particulière	101 €
Forfait journalier hospitalier (par référence à la législation fixant son ou ses montants à la date de l'hospitalisation)	100% des Frais Réels
Frais d' Accompagnement enfant de moins de 12 ans	67 €
Hospitalisation à l'étranger, les frais annexes (téléphone, télévision) ne sont en aucun cas pris en charge par l'assureur	70 % FR limité à 200% BR et un min.de 100% BR
Transport en ambulance	140 % BR
FRAIS MEDICAUX COURANTS	
Consultations, Visites Généralistes Médecin adhérent au DPTAM	140 % BR
Consultations, Visites Généralistes Médecin non adhérent au DPTAM	120 % BR
Consultations, Visites spécialistes Médecin adhérent au DPTAM	140 % BR
Consultations, Visites spécialistes Médecin non adhérent au DPTAM	120 % BR
Auxiliaires médicaux	140 % BR
Analyses	140 % BR
Radiologie Médecin adhérent au DPTAM	140 % BR
Radiologie Médecin non adhérent au DPTAM	120 % BR
Petite chirurgie Médecin adhérent au DPTAM	140 % BR
Petite chirurgie Médecin non adhérent au DPTAM	120 % BR
Médicaments	100 % BR
Orthopédie, Autres prothèses non dentaires	200 % BR
AIDES AUDITIVES	
Aides auditives classe 1 "100% Santé"/ tous les 4 ans à compter du 1er janvier 2021 (*) (****)	Zéro reste à charge
Aides auditives et à compter du 1er janvier 2021, aides auditives classe 2/tous les 4 ans (*) (****)	200 % BR
DENTAIRE	
Prothèses dentaires Classe 1 "100% Santé"	Zéro reste à charge
Porthèses dentaires de Classe 2 " Tarifs Maitrisés" et de Classe 3 "Tarifs Libres"	200 % BR
Soins dentaires	200 % BR
Orthodontie	200 % BR
Implants dentaires (sur la base d'un SPR 50) dans la limite de 3/an/bénéficiaire	200 % BR
Formule avec plafond (le plafond ne s'applique pas aux prothèses dentaires de Classe 1)	1 000 €
OPTIQUE	
Remboursement d'un équipement complet (composé d'une monture dont la prise en charge est limitée à 100 € et de 2 verres) dans la limite pour l'équipement complet des montants minimum et maximum prévus par la réglementation relative au contrat responsable(1), par période de deux ans ou par période d'un an pour les personnes assurées âgées de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement des verres justifiés par une évolution de la vue	
Equipement de classe A "100% Santé"	Zéro reste à charge
Equipement de classe B (**) (***) :	
Equipement à verres simples (1)	RSS +260 €
Equipement à verres complexes** (2)ou hypercomplexes (3)	RSS + 260 €
Lentilles acceptées - refusées par an et par bénéficiaire	202 €
Au-delà de ce plafond pour les seules lentilles prises en charge par le RO	100 % BR
Opération de la myopie ou de l'hyper métropie (par laser)/an/bénéficiaire	135 €
FORFAIT DIVERS	
Naissance	337 €
Cure thermale prise en charge par le RO par an	202 €
Au-delà du plafond annuel : Frais d'hospitalisation et actes médicaux en cas de cure thermale prise en charge par le RO	100 % BR
FRAIS D'OBSEQUES	
Indemnités obsèques (limitées à 65 ans)	1 181 €
PRESTATIONS DE PREVENTION	
Ostéopathie, chiropractie, éthiopathie, homéopathie, acupuncture, podologue /an	25 €/séance/max 2 séances
Sevrage tabagique/an	25 €
Vaccins, médicaments, examens non remboursés et prescrits par un médecin/an	101 €
Détartrage annuel complet	140 % BR
Diététique/an	20 €
ASSISTANCE	
PROTECTION JURIDIQUE SANTE	

LES SERVICES ASSOCIÉS à la gestion des contrats

LORS DE VOTRE AFFILIATION, VOUS BÉNÉFICIEZ DE SERVICES VOUS PERMETTANT :

- ▶ d'éviter l'avance financière sur certaines dépenses,
- ▶ d'accélérer le délai de remboursement des frais engagés,
- ▶ d'accéder à une information directe sur votre situation et celle des bénéficiaires,
- ▶ de demander des devis avant d'engager des dépenses d'optique ou dentaires.

LA CARTE DE TIERS PAYANT

Edition et consultation de la carte de tiers payant

Une carte appelée «**Attestation de Tiers Payant**» est remise à chaque assuré afin qu'il puisse bénéficier sans autre formalité du tiers payant auprès des professionnels de santé :

- ▶ pharmacies,
- ▶ laboratoires d'analyses médicales,
- ▶ cabinets de radiologie,
- ▶ soins externes en milieu hospitalier.
- ▶ auxiliaires médicaux
- ▶ transport

Pour vos demandes de prise en charge, cette attestation peut également être présentée auprès des centres hospitaliers et des opticiens de votre choix.

LA TELETRANSMISSION

L'assuré envoie sa feuille de soins à sa Caisse Primaire qui envoie le remboursement à l'assuré et établit un décompte papier récapitulatif mensuel ou bimensuel. Avec la télétransmission,

le décompte est télétransmis automatiquement par la CPAM à notre centre de gestion qui procède alors immédiatement au remboursement complémentaire de l'assuré par virement.

La mention de cette télétransmission figure sur les décomptes de la Sécurité sociale. Seules certaines dépenses comme les frais : d'optique, dentaires, paiement du ticket modérateur ou dépassements d'honoraires nécessitent l'envoi de factures justificatives pour remboursement complémentaire.

En résumé, la mise en place du système d'échanges de données informatiques avec la CPAM de l'assuré lui procure :

- ▶ **Simplicité**
- ▶ **Rapidité de remboursement**

A noter : la fourniture de la copie de l'attestation de la carte vitale vaut accord de l'assuré sur la mise en place de la télétransmission. Le refus doit être exprimé par écrit (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés).

UN SITE INTERNET

La consultation du site permet à chaque assuré d'accéder à l'historique des remboursements effectués au cours des 6 derniers mois en sa faveur ou celle de ses bénéficiaires,

- ▶ **de vérifier les éléments** personnels concernant les assurés et les bénéficiaires
- ▶ **de demander des prises en charge** hospitalières
- ▶ **d'obtenir un certificat** d'adhésion
- ▶ **de disposer du service** de devis pour les frais d'optique et dentaire
- ▶ **de consulter la FAQ** (foire aux questions)
- ▶ **de dialoguer avec le centre** de gestion

(*) Dans la limite des prix limites de vente (PLV)

(**) Dans la limite de 100 € par monture et dans la limite des prix limites de vente (PLV)

(***) le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de deux ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

(****) La prise en charge des prothèses auditives jusqu'au 31 Décembre 2020 se fera sur la base des équipements de classe 2

(1) Verres simples: Verres dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries

(2) Verres complexes : Verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptrie ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 dioptrie et à verres multifocaux ou progressifs

(3) Verres super complexes : Verres multi focaux ou progressifs sphéro cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptrie ou à verres multifocaux ou progressifs sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptrie

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle Générale de la Distribution soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le numéro 429 211 469

Produit : ACS INDIVIDUEL Avec plafond



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. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle 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 est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité Sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité :** Frais de séjour conventionné et non conventionné, Actes chirurgicaux médecin adhérent et non adhérent au DPTAM, Chambre partielière, Forfait hospitalier, frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans, hospitalisation à l'étranger, transport en ambulance.
- ✓ **Soins courants :** Consultations généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses, radiologie, petite chirurgie,
- ✓ **Pharmacie**
- ✓ **Orthopédie, autres prothèses non dentaires**
- ✓ **Aides auditives :** aides auditives classe 1 « 100% Santé » avec zéro reste à charge, et aides auditives de classe 2.
- ✓ **Dentaire :** prothèses dentaires Classe 1 avec zéro reste à charge, prothèses dentaires de classe 2, Soins dentaires, orthodontie, prothèses dentaires, implants dentaires (sur la base d'un SPR50)
- ✓ **Optique :** Equipement de classe A « 100% Santé » avec zéro reste à charge, Equipement de classe B verres simples, complexes ou hypercomplexes, lentilles acceptées ou refusées, opération de la myopie ou de l'hypermétropie.
- ✓ **Indemnités :** Naissance, Cure thermale, Indemnités obsèques
- ✓ **Prestations de prévention :** Ostéopathie, Chiropractie, Ethioopathie, Pédicure, Homéopathie, Acupuncture, Sevrage tabagique, Vaccins, médicaments, Examen non pris en charge et prescrit par un médecin, Détartrage annuel complet, forfait diététique

- ✓ **PROTECTION JURIDIQUE SANTE**

- ✓ **L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE**

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! 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 à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique :** la prise en charge de la monture est limitée à 100€ maximum selon l'option choisie
- ! **Implant dentaire :** prise en charge dans la limite de 3 implants par an et par bénéficiaire à hauteur de 300% maximum de la base de remboursement de la sécurité sociale (selon l'option choisie)
- ! **Opération de la myopie/hyper métropie :** prise en charge à hauteur de 270€ maximum. (en fonction de l'option choisie)
- ! **Participation aux frais d'obsèques :** prise en charge jusqu'à 65 ans inclus d'un montant de 3377€.
- ! **Médecine douce :** prise en charge à hauteur de 35€/séance/avec un maximum de 3 séances par an (selon l'option choisie)
- ! **Plafond dentaire :** plafond de prise en charge (hors prothèses de classe 1) à hauteur de 2000€ (selon l'option choisie)



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, pour des séjours n'excédant pas 90 jours le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Les prestations d'assistance s'appliquent en France métropolitaine, à Monaco et en Andorre.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par l'assureur
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 3 mois de survenance :
 - En cas de modification de situation (mariage, naissance, adoption, décès), vous devez fournir à l'assureur les justificatifs attestant de ce changement.
 - Changement de profession (perte d'emploi, départ à la retraite) : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont mensuelles et payables selon les modalités prévues au contrat.
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion.

L'adhésion au contrat débute :

- A la date de prise d'effet du contrat
- A compter de votre date d'entrée dans l'entreprise

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction sauf en cas de résiliation par l'une des parties selon les modalités fixées aux conditions générales.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.