

		Part Mutuelle	Part Régime Obligatoire	TOTAL
ACTES COURANTS	consultations, visites, généralistes, spécialistes ⁽¹⁾			
	médecins adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	55%	70%	125%
	médecins non adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	35%	70%	105%
	actes de spécialité, petite chirurgie, radiologie, ambulatoire ⁽¹⁾			
	médecins adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	55%	70%	125%
	médecins non adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	35%	70%	105%
	soins dentaires	55%	70%	125%
	analyses	65%	60%	125%
	auxiliaires médicaux	65%	60%	125%
transports des malades	35%	65%	100%	
pharmacie (vignettes blanches, bleues, oranges)	35/70/85%	65/30/15%	100%	
HOSPITALISATION CURES THERMALES	séjours conventionnés ou non conventionnés	120%	80%	200%
	honoraires conventionnés ou non conventionnés ⁽²⁾			
	médecins adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	120%	80%	200%
	médecins non adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	100%	80%	180%
	forfait journalier	FR	-	FR
	chambre particulière /jour	50,00 €/ jour	-	50,00 €/ jour
	lit d'accompagnant/jour	25,00 €/ jour	-	25,00 €/ jour
cures thermales	35%	65%	100%	
PROTHESES DENTAIRES	prothèses dentaires acceptées	210%	70%	280%
	prothèses dentaires refusées	200%	-	200%
	implants/couronne provisoire/inter de bridge (par élément)	150,00 €	-	150,00 €
	orthodontie acceptée	150%	100%	250%
OPTIQUE APPAREILLAGE	le poste optique (verres, monture) respecte le cahier des charges de l'article 2 - 3° du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014			
	équipement optique (2 verres incluant la monture à 150 € maximum, ticket modérateur inclus)	250,00 €	60%	250,00 €
	<i>Adulte : 1 équipement optique (verres, monture) tous les 2 ans (sauf changement défaut visuel) Enfant : 1 équipement optique (verres, monture) 1 fois par an</i>			
	lentilles acceptées ou refusée /an/bénéficiaire	250,00 €	60%	250,00 €
	chirurgie réfractive /an/bénéficiaire	250,00 €/an	-	250,00 €/an
appareillage, orthopédie	40%	60%	100%	
PRESTATIONS SOCIALES	maternité: une prime destinée à couvrir les frais d'accouchement et les 5 premiers jours d'hospitalisation ou de chambre particulière.	200,00 €	-	200,00 €
	forfait patchs anti-tabac/an/bénéficiaire	100,00 € /an	-	100,00 € /an
	homéopathie /an/bénéficiaire	50,00 € /an	-	50,00 € /an
	medecine alternative /an/bénéficiaire (ostéopathie, chiropractie, diététique, acupuncture, sevrage tabagique, sophrologie.)	3 x 40,00 € /an	-	3 x 40,00 € /an
	médicaments prescrits non remboursés /an/bénéficiaire	30,00 € /an	-	30,00 € /an
	vaccins refusés	FR	-	FR
	décès : en cas de décès du bénéficiaire, il est versé à la personne en charge d'organiser les obsèques.	500,00 €	-	500,00 €
ASSISTANCE				
PREVENTION				
Prise en charge des 7 actes : conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale		30%	70%	100%
Lit ou frais d'accompagnement : Enfant de moins de 16 ans, durée illimitée ; Adulte de plus de 16 ans, limité à 10 jours.				
Chambre particulière : Médecine et Chirurgie, durée illimitée. Psychiatrie, maison de repos, maison de convalescence, maison d'accueil spécialisé, moyen et long séjour, durée 30 jours/an. Centre de réadaptation et maison d'enfant médicalisée, durée 120 jours/an.				
Forfait journalier : Médecine, chirurgie et psychiatrie (établissements agréés sécurité sociale), durée illimitée. Etablissement médico-social, maison de repos, maison de convalescence, maison d'accueil spécialisé, moyen et long séjour durée 30 jours/an. Centre de réadaptation, maison d'enfant médicalisée durée 120 j/an.				

FR : Frais Réels, remboursement des dépenses réellement engagées.

* OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens). (1) Le contrat reste responsable dès lors que le remboursement du dépassement d'honoraire opéré par un médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM est inférieur de 20% à la prise en charge du dépassement d'honoraire pratiqué par un médecin signataire de la convention.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du règlement mutualiste. Des informations précontractuelles et contractuelles complètes sont fournies dans les documents relatifs à la garanties : statuts, règlements mutualiste, bulletin d'adhésion, fiche d'information individuelle, tableau des garanties (détaillant les niveaux de remboursement)

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

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** consultations, visites médecins généralistes et spécialistes, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie
- ✓ **Hospitalisation et maternité :** Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, cures thermales
- ✓ **Dentaire :** Soins dentaires, prothèses dentaires, radiologies, orthodontie prise en charge par le RO
- ✓ **Optique :** Lunettes (monture et verres), lentilles de contact remboursées ou non par le RO
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité Sociale :** audioprothèses, prothèses et orthèses

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins, espace personnel

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation (sous conditions)
- ✓ Rapatriement sanitaire en cas de maladie ou accident à l'étranger

Les garanties précédées d'une ✓ 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 indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ 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
- ✗ Les actes non pris en charge par le R.O sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches de garantie.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes 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 soin
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation :**
 - Forfait journalier :** Médecine, chirurgie et psychiatrie (établissements agréés sécurité sociale), durée illimitée. Etablissement médico-sociaux, maison de repos, maison de convalescence, maison d'accueil spécialisé, moyen et long séjour durée 30 jours/an. Centre de réadaptation, maison d'enfant médicalisée durée 120 j/an.
 - Chambre particulière :** Médecine et Chirurgie, durée illimitée. Psychiatrie, maison de repos, maison de convalescence, maison d'accueil spécialisé, moyen et long séjour, durée 30 jours/an. Centre de réadaptation et maison d'enfant médicalisée, durée 120 jours/an.
 - Lit d'accompagnant :** enfant de moins de 16 ans durée illimité ; adulte de plus de 16 ans durée limitée à 10 jours/an
 - Maternité :** pas de prise en charge pour les dépassements d'honoraires et la chambre particulière.
- ! **Optique :** adulte prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue. Enfant un équipement 1 fois par an.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés ;
- 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 dans un délai maximum de 27 mois suivant la date des soins, la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par le régime obligatoire. Les demandes sont accompagnées obligatoirement des originaux des décomptes du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission NOEMIE, des factures originales détaillant les frais engagés, le cas échéant.
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements. :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : 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 ?

Le recouvrement des cotisations intervient selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion. Il peut s'effectuer mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.
Le règlement des cotisations est effectué soit par chèque, soit par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- L'adhésion est réalisée dans le cadre de l'année civile. Elle prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de la demande. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an. L'adhésion vient à expiration le 31 décembre de chaque année. Passée cette date, elle est renouvelable par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- chaque année au 31 décembre, par lettre recommandée avec accusé de réception à AMELLIS MUTUELLES, moyennant le respect d'un préavis d'un mois
- en cas de résiliation demandée par AMELLIS MUTUELLES, en cas de non-paiement
- en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial, de changement de profession, retraite ou cessation définitive d'activité.