

## COMPLISS

En % TRSS (Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale)

Part	TOTAL
Sécurité Sociale	Mutuelle + Sécurité Sociale

SOINS COURANTS		
consultations, visites, généralistes <sup>(1)</sup>		
médecins adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	70%	150%
médecins non adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	70%	130%
consultations, visites, spécialistes <sup>(1)</sup>		
médecins adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	70%	150%
médecins non adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	70%	130%
actes de spécialité, petite chirurgie, ambulatoire, radiologie <sup>(1)</sup>		
médecins adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	70%	150%
médecins non adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	70%	130%
anatomo-cyto-pathologie	70%	150%
analyses et examens de biologie médicale réalisés en laboratoire	60%	150%
auxiliaires médicaux	60%	150%
matériel médical : prothèses, appareillage, orthopédie	60%	100% + 200,00 €
pharmacie (vignettes blanches, bleues, oranges)	65/30/15%	100%
HOSPITALISATION		
séjours conventionnés	80%	150%
honoraires conventionnés <sup>(1)</sup>		
médecins adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	80%	150%
médecins non adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	80%	130%
séjours non conventionnés	80%	100%
honoraires non conventionnés <sup>(1)</sup>		
médecins adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	80%	100%
médecins non adhérents à l'OPTAM ou OPTAM-CO*	80%	100%
forfait journalier	-	FR
chambre particulière/jour	-	70 €/ jour
frais d'accompagnant/jour (10 jours par an)	-	25 €/ jour
transports des malades	65%	100%
cures thermales	65%	100% + 200,00 €
DENTAIRE		
soins et prothèses dentaires 100% santé <sup>(2)</sup>	70%	absence de reste à charge à partir du 1er janvier 2020
soins et autres prothèses dentaires ne rentrant pas dans le 100% santé <sup>(2)</sup> :		
soins dentaires	70%	150%
prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale	70%	250%
prothèses dentaires refusées par la Sécurité Sociale (sauf hors nomenclature)	-	130%
OPTIQUE		
le poste optique (verres, monture) respecte le cahier des charges du Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019		
équipements optiques 100% santé <sup>(2)</sup> (verres et monture de classe A)	60%	absence de reste à charge à partir du 1er janvier 2020
autres équipements optiques ne rentrant pas dans le 100% santé <sup>(2)</sup> :		
1 monture + 2 verres (dont maximum 100 € pour la monture) ou lentilles refusées	60%	100% + 200,00 €
« Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue »		
AIDES AUDITIVES		
le poste aides auditives respecte le cahier des charges du Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019		
aides auditives : équipement 100% santé <sup>(2)</sup>	60%	absence de reste à charge à partir du 1er janvier 2021
autres aides auditives ne rentrant pas dans le 100% santé <sup>(2)</sup> (par aide auditive)	60%	100% + 300,00 €/appareil

## COMPLISS

En % TRSS (Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale)

Part Sécurité Sociale	TOTAL Mutuelle + Sécurité Sociale
-----------------------------	--------------------------------------

PRESTATIONS SOCIALES		
prothèses mammaires acceptée/an/bénéficiaire	-	150,00 €/an
prothèses capillaires/an/bénéficiaire	-	100,00 €/an
forfait medecine alternative/an/bénéficiaire (ostéopathie, chiropractie, diététique, acupuncture, sevrage tabagique, sophrologie)	-	90,00 €/an
forfait pédicure/an/bénéficiaire	-	40,00 €/an
densitométrie osseuse/an/bénéficiaire	-	60,00 €/an
vaccins refusés/an/bénéficiaire	-	20,00 €/an
vaccin contre la grippe/an/bénéficiaire	-	FR
<b>ASSISTANCE</b>		<b>oui</b>
PREVENTION		
Prise en charge des 7 actes : conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale	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-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.

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. (2) Tels que définis réglementairement.

**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du règlement mutualiste. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Des informations précontractuelles et contractuelles complètes sont fournies dans les documents relatifs à la garantie : 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, transports
- ✓ **Pharmacie** : médicaments pris en charge par la sécurité sociale / forfait annuel pour les médicaments prescrits non pris en charge par la sécurité sociale
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier illimité, chambre particulière, frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation, forfait journalier au sein des établissements médico-sociaux, maisons de repos, maisons de convalescence, maisons d'accueil spécialisé, moyen et long séjour, centres de réadaptation, maisons d'enfant médicalisées
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, radiologies, prothèses dentaires, pris 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
- ✓ **Cures thermales** prises en charge par le RO
- ✓ **Autres prestations** prothèses mammaires et capillaires, densitométrie osseuse, pédicure et actes de médecine alternative non pris en charge par la sécurité sociale, vaccin contre la grippe et vaccins non pris en charge par le RO

### 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** : prise en charge limitée à 30j/an pour les établissements médico-sociaux et assimilés. Prise en charge limitée à 120 j/an pour les centres de réadaptation et maisons d'enfant médicalisées.

**Chambre particulière** : 70€/j. Prise en charge limitée à 30j/an pour la psychiatrie, maisons de repos et assimilés. Prise en charge limitée à 120 j/an pour les centres de réadaptation et maisons d'enfant médicalisées

**Frais d'accompagnant** : 25€/j. Enfant de moins de 16 ans durée illimitée ; adulte de plus de 16 ans prise en charge limitée à 10 j/an

- ! **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.

#### 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 24 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 1er 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 date d'effet de son adhésion, ou à compter de la réception de l'ensemble des conditions d'adhésion et des informations précontractuelles si cet événement est postérieur.
- L'adhésion intervient 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 prévues au règlement.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Chaque année au 31 décembre, en adressant, à la mutuelle AMELLIS MUTUELLES, une lettre recommandée avec accusé de réception (ou recommandé électronique) 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. La résiliation doit être sollicitée dans les trois mois de l'événement. 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.