

Les prestations ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale ouvrent par principe droit à un remboursement complémentaire. Certains actes non remboursés, explicitement mentionnés dans le tableau ci-dessous, donnent également lieu au versement d'une prestation de la part de MUTA SANTÉ.

Les prestations ci-dessous sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) ou en Euros. Elles incluent les éventuels remboursements de la Sécurité Sociale et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

	Primo	Bronze	Argent	Or
HOSPITALISATION				
• Honoraires				
• Médecins adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100 %	200 %	300 %	Frais réels
• Médecins non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100 %	180 %	200 %	200 %
• Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾ , participation forfaitaire	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière (y compris ambulatoire ; par jour) ⁽²⁾	-	80 €	90 €	130 €
• Frais de séjour et d'hospitalisation ⁽²⁾	100 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Frais de séjour et d'hospitalisation en établissements non conventionnés ⁽²⁾	50 % FR	50 % FR	50 % FR	50 % FR
• Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans (par jour)	-	80 €	90 €	130 €
SOINS COURANTS				
• Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %
• Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année civile) ⁽³⁾	-	10 €	15 €	20 €
• Honoraires médicaux (consultations généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie)				
• Médecins adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100 %	160 %	180 %	225 %
• Médecins non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100 %	140 %	160 %	200 %
• Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux), analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	180 %	190 %
• Matériel médical ⁽⁴⁾	125 %	200 %	300 %	350 %
• Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %
AIDES AUDITIVES				
• Equipements 100% santé ^{(5) (6)}	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Equipements hors 100% santé ⁽⁶⁾				
• Bénéficiaire de moins de 20 ans (par oreille)	1 510 €	1 660 €	1 700 €	1 700 €
• Bénéficiaire de 20 ans et plus (par oreille)	610 €	760 €	960 €	1 060 €
• Accessoires et piles	100 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE ⁽⁷⁾				
• Soins dentaires	100 %	100 %	300 %	360 %
• Prothèses 100% santé ⁽⁵⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Prothèses hors 100% santé				
• Prothèses	125 %	210 %	300 %	360 %
• Prothèses provisoires (par prothèse)	25 €	42 €	60 €	60 €
• Inlays, onlays, inlays core	100 %	100 %	300 %	360 %
• Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	125 %	220 %	310 %	370 %
• Implantologie				
• Pilier implantaire (par pilier, limité à 2 par année civile)	-	60 €	90 €	110 €
• Implant (par implant, limité à 2 par année civile)	-	200 €	300 €	350 €
• Radio implantaire (3D ou panoramique, par année civile)	-	20 €	30 €	35 €
• Bridge sur implant (par bridge, limité à 1 par année civile)	-	-	200 €	200 €
• Parodontologie (surfaçage, curetage, greffe gingivale, allongement coronaire, lambeau ; par année civile)	-	50 €	50 €	75 €
• Autres actes dentaires non remboursés limite globale par année civile pour les actes ci-dessous ▶ ▶ ▶ ▶			280 € ▼	280 € ▼
• Rebasage, rescellement (par acte)	-	-	48 €	48 €
• Bridge provisoire, 2 ^{ème} élément intermédiaire de bridge, appareil provisoire (par acte)	-	-	120 €	120 €
OPTIQUE				
• Equipements 100% santé ^{(5) (8)}	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Equipements hors 100% santé ^{(8) (9)}				
• Verre simple (par verre)	30 €	55 €	55 €	105 €
• Verre complexe ou très complexe (par verre)	85 €	85 €	95 €	150 €
• Monture	30 €	50 €	75 €	100 €
• Adaptation de la correction visuelle	100 %	100 %	100 %	100 %
• Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	130 €	170 €	250 €	250 €
• Lentilles prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)	-	-	170 €	170 €
• Chirurgie de l'œil non remboursée par la Sécurité sociale (par œil)	-	230 €	250 €	300 €
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE ET PRÉVENTION				
• Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, micro-kinésithérapeute, ergothérapeute, naturopathe, psychologue, sophrologue, psychomotricien, kinésologue, diététicien, hypnotiseur, réflexologue (par consultation, limité à 2 par année civile)	-	15 €	20 €	25 €
• Pédicure (par consultation, limité à 2 par année civile)	-	15 €	20 €	25 €
• Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, Vaccin anti-grippe (par année civile)	-	15 €	20 €	25 €
• Densitométrie osseuse non remboursée par la Sécurité sociale (par année civile)	-	15 €	20 €	25 €
CURES THERMALES (remboursées par la Sécurité sociale)				
• Honoraires et soins de cure	100 %	100 %	270 %	270 %
• Frais d'hébergement et de transport (par année civile)	100 %	310 €	310 €	310 €
ASSISTANCE, TÉLÉCONSULTATION & SERVICES +				
	inclus	inclus	inclus	inclus

LEXIQUE :

FR : Frais réels / **OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (ou DPTM). Dispositif mis en place par l'Assurance Maladie pour limiter les dépassements d'honoraires. Pour savoir si votre médecin est adhérent, contactez la Sécurité Sociale au 3646 ou consultez annuaire.sante.ameli.fr / **OPTAM-CO** : OPTAM pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique

LIMITES ET EXCLUSIONS :

(1) Le forfait journalier ou hospitalier du Régime général de la Sécurité sociale est pris en charge sans limite de durée. Ne sont pas pris en charge les forfaits facturés par les établissements médicaux-sociaux, les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement des personnes dépendantes (EHPAD).

(2) La prise en charge des frais de séjour et de la chambre particulière est limitée à 90 jours par an en établissements psychiatriques. En maison de repos, de convalescence ou autres centres spécialisés, la prise en charge est limitée à 45 jours par séjour faisant suite à une hospitalisation chirurgicale intervenue au cours des 6 derniers mois et à 30 jours par an dans les autres cas.

(3) Produits figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché de la part de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

(4) Au cours de la première année d'adhésion, la participation aux frais d'achat d'un véhicule pour personne à mobilité réduite est limitée à un éventuel Ticket Modérateur.

(5) Tels que définis réglementairement. Le remboursement sera limité dans tous les cas au prix limite de vente défini légalement.

(6) Un équipement par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'achat.

(7) Limites dentaires : voir le paragraphe ci-dessous "Délais d'attente et limites du remboursement des prestations dentaires".

(8) Nombre d'équipements limité à :

- bénéficiaires de plus de 16 ans : un équipement (1 monture et 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'achat. En cas d'évolution de la vue, l'équipement complet (monture et verres) peut être renouvelé tous les ans.

- enfants de moins de 16 ans : un équipement par an à compter de la date d'achat. En cas d'évolution de la vue constatée par un ophtalmologue, les verres peuvent être renouvelés sans délai d'attente.

- enfants de moins de 6 ans : le renouvellement de la monture est possible après 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

(9) Pour connaître votre correction (verres simples ou verres complexes et très complexes), merci de contacter votre opticien.

DÉLAIS D'ATTENTE ET LIMITE DU REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS DENTAIRES :

Les nouveaux assurés ne disposant pas, à la veille de leur adhésion à **MUTA SANTÉ**, d'une couverture de même nature auprès d'un organisme similaire, se verront appliquer :

- des délais d'attente (carence) - tels que définis dans l'article 21.8 du Règlement mutualiste :

o trois mois pour la médecine complémentaire et la prévention ;

o six mois pour les frais hospitaliers (honoraires, chambre particulière, frais de séjour en établissements non conventionnés), les frais d'hébergement et de transport de cure, les frais d'optique, les frais dentaires (hors soins), les aides auditives.

- et des limites du remboursement des prestations dentaires – telles que définies dans l'article 21.7 du Règlement mutualiste :

o exception faite des soins dentaires et des prothèses 100% Santé, l'ensemble du poste dentaire (prothèses hors 100% Santé, implants, orthodontie, parodontologie et actes non remboursés) est limité à 500 € la première année et à 1000 € la deuxième année pour tout nouvel assuré. Il n'y a plus aucune limite annuelle de remboursement dès la troisième année d'adhésion.

Les assurés souhaitant bénéficier des garanties de **MUTA SANTÉ** en sur-complémentaire (en complément d'une première couverture) d'une première garantie santé se verront appliquer ces mêmes délais d'attente et ces mêmes limites du remboursement des prestations dentaires.

Frontaliers actifs en Suisse / Adhérents du CDTF

Cotisations mensuelles 2021 (prestations au dos)



Les tarifs (et les prestations) de **MUTA SANTÉ** évoluent chaque 1^{er} janvier sur décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Pour savoir de quel régime obligatoire d'assurance-maladie (Général, ou LAMal avec Régime général, Local "Alsace-Moselle" ou LAMal avec Régime local frontalier) vous relevez, consultez votre attestation de Carte Vitale.

Seuls les deux premiers enfants couverts sont payants (gratuité à partir du 3^{ème} enfant).

Régime LOCAL Alsace-Moselle ou LAMal Suisse avec Régime Local Frontalier (RLF)	Primo	Bronze	Argent	Or
• Par adulte de moins de 30 ans <i>(valables jusqu'au 31/12 de l'année des 30 ans)</i>	6,56 €	18,76 €	27,97 €	42,24 €
• Par adulte entre 30 et 60 ans <i>(valables du 01/01 de l'année des 31 ans au 31/12 de l'année des 60 ans)</i>	10,34 €	22,07 €	32,89 €	49,69 €
• Par adulte entre 60 et 65 ans <i>(valables du 01/01 de l'année des 61 ans au 31/12 de l'année des 65 ans)</i>	15,61 €	25,76 €	39,80 €	55,41 €
• Par enfant à charge	4,90 €	11,04 €	16,45 €	24,85 €
Régime GÉNÉRAL ou LAMal Suisse avec Régime Général (résidents hors Alsace-Moselle)	Primo	Bronze	Argent	Or
• Par adulte de moins de 30 ans <i>(valables jusqu'au 31/12 de l'année des 30 ans)</i>	16,44 €	35,89 €	45,55 €	62,36 €
• Par adulte entre 30 et 60 ans <i>(valables du 01/01 de l'année des 31 ans au 31/12 de l'année des 60 ans)</i>	26,88 €	42,22 €	53,58 €	73,35 €
• Par adulte entre 60 et 65 ans <i>(valables du 01/01 de l'année des 61 ans au 31/12 de l'année des 65 ans)</i>	41,10 €	52,46 €	66,88 €	85,52 €
• Par enfant à charge	12,47 €	21,11 €	26,79 €	36,68 €



* L'offre spéciale: **Adhésion sans limite d'âge** (en activité), **sans questionnaire de santé et sans frais de dossier** est applicable à tout nouvel assuré, adhérent du **Comité de Défense des Travailleurs Frontaliers** (www.cdtf.org).

Afin de bénéficier d'une **offre sans délai d'attente (carence) et sans plafond dentaire**, il convient en outre d'adhérer à **MUTA SANTÉ** à partir de la date exacte d'embauche en Suisse (certificat d'embauche) ou de pouvoir fournir un certificat de radiation de la complémentaire qui vous couvrirait à la veille de votre adhésion à **MUTA SANTÉ**.

Informations, devis, comparatifs...

03 67 61 03 90

contact@muta-sante.fr
www.muta-sante.fr

Document d'Information de Produit d'Assurance

Compagnie : MUTA SANTÉ Produit : Complémentaire santé – Gammes Standard, Frontaliers et TNS



L'ensemble des informations résumées ci-dessous, sont détaillées au sein des Statuts de la Mutuelle, du Règlement mutualiste, et des tableaux de garanties spécifiques aux offres décrites.

Quel type d'assurance ?

Ce produit est une assurance de type "complémentaire santé" destiné aux assurés sociaux relevant d'un régime obligatoire d'Assurance maladie français (ou suisse dans le cadre du contrat Frontaliers suisses). Il peut être souscrit par une personne physique à titre individuel remplissant les conditions pour être membre participant de la Mutuelle.

Il garantit le remboursement de frais de santé réellement engagés par l'assuré en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des prestations versées par son régime obligatoire de Sécurité sociale. Il peut également, selon le niveau de couverture souscrit par l'assuré, participer au financement de certains soins non remboursés par son régime obligatoire.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les prestations versées sont calculées acte par acte et sont limitées, en tout état de cause et tous régimes confondus aux frais réellement engagés.

Les frais en cause doivent avoir donné lieu à un remboursement d'un régime obligatoire avec une date de soins pendant la période d'assurance.

La Mutuelle intervient également, selon l'option retenue pour des actes non remboursés par le régime obligatoire.

Les prises en charge concernent notamment des actes liés aux postes suivants :

HOSPITALISATION : honoraires, chambres particulières, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.

SOINS COURANTS : généralistes, spécialistes, travaux de laboratoire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux.

DENTAIRE : soins, prothèses, orthodontie, actes non remboursés par le régime obligatoire (parodontologie, implants - selon le niveau souscrit).

OPTIQUE : montures, verres, lentilles.

APPAREILLAGES : prothèses médicales, prothèses auditives.

CURE THERMALES : soins, hébergement et transport.

Le détail des prises en charge est précisé sur la grille des garanties et dans le Règlement mutualiste.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Tout comme les soins non prévus dans le tableau des garanties et les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat, les contrats ne prennent pas en charge les franchises prévues à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale dans le respect des limites prévues par la Loi.

Les actes non remboursés par le régime obligatoire ne sont par défaut pas couverts. Néanmoins, selon le niveau de couverture retenu par l'assuré, certains de ces actes peuvent être pris en charge par la mutuelle.

Les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale ne sont pas pris en compte.



Y-a-t-il des restrictions au contrat ?

Sauf dispositions particulières et hors prise en charge du forfait journalier ou hospitalier et du ticket modérateur, il est fait application de délais d'attente si l'assuré ne disposait pas, la veille de son adhésion, d'une couverture de même nature auprès d'un organisme similaire.

Par ailleurs, et hors ticket modérateur, le contrat peut également prévoir l'application d'un plafond de remboursement de certaines prestations dentaires.

Hors Ticket Modérateur, la mutuelle ne participe pas aux frais d'achat d'un véhicule pour personne à mobilité réduite au cours de la première année d'adhésion.



Où suis-je assuré ?

En France métropolitaine et dans les DROM. A l'étranger, dès lors que les frais en cause donnent lieu à un remboursement de la part d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.



Quelles sont mes obligations ?

En tant que membre de la Mutuelle, l'assuré s'engage à fournir l'ensemble des informations obligatoires et nécessaires à la réalisation du contrat. De même, tout au long de la vie du contrat, l'assuré s'engage au paiement de ses cotisations et à informer la mutuelle de tout changement pouvant impacter le contrat ou l'objet du risque.



Quand et comment dois-je cotiser ?

Les cotisations sont payables par avance au début de chaque trimestre ou de chaque mois. Sauf cas particuliers, le paiement des cotisations est effectué par prélèvement sur compte bancaire.



Quelle est la date de début et de fin de la couverture d'assurance ?

La date d'effet du contrat est indiquée sur le certificat d'adhésion. Il est souscrit pour une durée expirant le 31 décembre suivant cette date d'effet et se renouvelle ensuite sous réserve du paiement des cotisations par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année civile sauf cas de cessation spécifiquement prévus dans le Règlement mutualiste.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Au cours de la première année d'assurance, la résiliation peut être demandée par courrier recommandé avec accusé de réception au 31 décembre de l'année moyennant un préavis de deux mois.

S'il est couvert depuis au moins un an, la résiliation par l'assuré pourra se faire à tout moment. Cette résiliation prendra alors effet 1 mois après réception de la notification adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette résiliation entraîne d'office celle des ayants droit de l'assuré, bénéficiaires du contrat.