

<b>GARANTIES Retraités 2020 et 2021</b>	<b>Formule 1</b>	<b>Formule 2</b>	<b>Formule 3</b>	<b>Formule 4</b>
<i>Les pourcentages des remboursements comprennent la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et la part mutuelle.</i>	<b>INITIALE</b>	<b>CONFORT 150</b>	<b>CONFORT 200</b>	<b>CONFORT 300</b>
<b>MEDECINE</b>				
Honoraires médicaux Généralistes :				
~ Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%
~ NON signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%
Honoraires médicaux Spécialistes :				
~ Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%
~ NON signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%
Actes de spécialité :				
~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%
~ Praticien NON Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%
Échographie, radiologie :				
~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	150%	200%	300%
~ Praticien NON Signataire OPTAM / OPTAM CO	100%	125%	150%	200%
Auxiliaires médicaux	100%	150%	200%	300%
Analyses (Biologie)	100%	150%	200%	300%
<b>HOSPITALISATION et HOSPITALISATION à DOMICILE (1)</b>				
Frais de séjour	100%	150%	300%	400%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) :				
~ Praticien Signataire OPTAM / OPTAM CO	150%	150%	200%	300%
~ Praticien NON Signataire OPTAM / OPTAM CO	125%	125%	150%	200%
Frais d'accompagnement (-de 18 ans) :				
Par jour en % PMSS (9)	0,50%	1%	1%	1%
<i>Par jour, soit en Euros (9)</i>	17 €	34 €	34 €	34 €
Chambre particulière (1) (2) :				
Par jour en % du PMSS (9)	1%	2%	3%	4%
<i>Par jour, soit en Euros (9)</i>	34 €	69 €	103 €	137 €
Forfait journalier sans limitation de durée (3)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption (4) en % PMSS (9)	5%	7%	9%	15%
Prestation maternité / adoption (4) soit en Euros (9)	171 €	240 €	309 €	514 €
<b>DENTAIRE</b>				
Soins dentaires	100%	200%	300%	350%
<b>Prothèses dentaires classe 1 "100% Santé"</b>	<b>0 reste à charge</b>	<b>0 reste à charge</b>	<b>0 reste à charge</b>	<b>0 reste à charge</b>
Prothèses dentaires classe 2 ou 3 (8)	125%	200%	300%	350%
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	125%	200%	300%	350%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	200%	300%	350%
Orthodontie non remboursée par l'AMO	380 €	580 €	950 €	1 200 €
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 actes / an / bénéficiaire)	135 €	160 €	320 €	430 €
Plafond par an/ Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées(5)	800 €	1 000 €	1 000 €	1 500 €
<b>OPTIQUE</b>				
Remboursement AMO: Monture, Verres, Lentilles remboursées	60%	60%	60%	60%
<b>Equipement de classe A "100% Santé"</b>	<b>0 reste à charge</b>	<b>0 reste à charge</b>	<b>0 reste à charge</b>	<b>0 reste à charge</b>
<b>Un EQUIPEMENT ADULTE (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (6)</b>	<b>Un EQUIPEMENT ENFANT (1 monture + 2 verres) Forfait annuel (6)</b>			
Forfait Monture	50 €	85 €	100 €	100 €
Forfait par Verre unifocal simple et moyenne correction	50 €	100 €	150 €	160 €
Forfait par Verre unifocal forte correction	75 €	125 €	175 €	200 €
Forfait par Verre multifocal faible correction	75 €	125 €	200 €	250 €
Forfait par Verre multifocal forte correction	100 €	150 €	230 €	275 €
<b>Pour ADULTES et ENFANTS</b>				
Lentilles remboursées ou non par l'AMO ~ <i>Crédit annuel</i>	100 €	150 €	250 €	300 €
Opération des yeux (chirurgie réfractive) ~ <i>Par œil</i>	100 €	150 €	250 €	300 €
<b>TRANSPORT</b>				
Transport	100%	100%	100%	300%
<b>APPAREILLAGES, PRODUITS, PRESTATIONS PRESCRITES</b>				
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	100%	200%	300%	350%
<b>Prothèses auditives classe 1 "100% Santé" / 4 ans à/p 01/01/2021</b>	<b>0 reste à charge</b>	<b>0 reste à charge</b>	<b>0 reste à charge</b>	<b>0 reste à charge</b>
Prothèses auditives classe 2 tous les 4 ans à partir de 01/01/2021	100%	200%	300%	350%
Autres prothèses et appareillages	100%	200%	300%	350%
Forfait / an / bénéficiaire pour l'achat d'un fauteuil roulant ou lit mécanisé	300 €	300 €	450 €	450 €

GARANTIES Retraités 2020 - 2021 (Suite)	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4
Les pourcentages des remboursements comprennent la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et la part mutuelle.	INITIALE	CONFORT 150	CONFORT 200	CONFORT 300
<b>PHARMACIE</b>				
Pharmacie remboursée par l'AMO	100%	100%	100%	100%
<b>CURES THERMALES</b>				
Forfait cure	100%	100%	100%	100%
Surveillance médicale	100%	100%	100%	100%
Hébergement, hydrothérapie	100%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (dans la limite frais réels) en % du PMSS (9)	3%	5%	7%	9%
Forfaits complémentaires (dans la limite des frais réels) soit en Euros	103 €	171 €	240 €	309 €
<b>PRÉVENTION</b>				
Ensemble des actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (Liste disponible auprès de la mutuelle).	100%	100%	100%	100%
Forfait prévention: suivi médical, bilan santé complet par un médecin spécialisé en médecine du sport, certificat d'aptitude à la pratique d'un sport, test d'effort, épreuve d'effort d'intensité maximale, examen biologique, bilan psychologique, électrocardiogramme de repos ....	100 €	150 €	250 €	350 €
<b>e-SANTE</b>				
Appli e-santé : prédiagnostic avec CheckUp, téléconsultation avec MyDoc, accès au store Santé connectée avec réduction tarifaire	Oui	Oui	Oui	Oui
Forfait par an et par bénéficiaire pour les dispositifs de santé connectée recommandés par un professionnel de santé	100 €	150 €	250 €	350 €
Médecine à distance	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>MÉDECINES DOUCES ET MÉDECINES NON REMBOURSÉES</b>				
Forfait par an et par bénéficiaire pour : MEDECINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO : Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés, et tous autres actes prescrits. MEDECINE DOUCE : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits.	100 €	150 €	200 €	300 €
<b>SERVICES ET ASSISTANCE</b>				
Garantie Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui
Information juridique santé	Oui	Oui	Oui	Oui
Espace assuré	Oui	Oui	Oui	Oui

- (1) Les garanties sont acquises pour les établissements conventionnés ou non. Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus. Un délai de carence de 6 mois est prévu à compter de la prise d'effet du contrat pour la prise en charge des dépassements d'honoraires (100% du ticket modérateur pendant une durée de 6 mois). Un délai de carence de 6 mois est prévu à compter de la prise d'effet du contrat pour la prise en charge de la chambre particulière. Ces délais de carence sont abrogés si le candidat à l'assurance peut présenter un certificat de radiation d'une complémentaire santé avec garantie hospitalière daté de la veille de la prise d'effet du contrat AMIMUT.
- (2) La durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée en Chirurgie, Médecine et Maternité. La chambre particulière est limitée à une prise en charge de 30 jours par an en psychiatrie ou dans les autres établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence). En clinique non conventionnée (hors psychiatrie et autres établissements spécialisés) la participation est limitée à 45 € par jour. Un délai de carence de 6 mois à compter de la prise d'effet du contrat est prévu pour la prise en charge de la chambre particulière.
- (3) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.
- (4) Si inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption.
- (5) Dentaire : Plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale.  
Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (Sécurité sociale + Mutuelle).
- (6) Optique : Dans la limite d'un équipement tous les deux ans pour les bénéficiaires de plus de 18 ans en 2019 et de plus de 16 ans à compter du 1er janvier 2020 sauf si changement du défaut visuel et dans la limite d'un équipement par an pour les bénéficiaires de moins de 18 ans en 2019 et de moins de 16 ans à compter du 1er janvier 2020. La limite est décomptée par rapport à la date d'acquisition de l'équipement. Prestation garantie par l'organisme CNP Assurances SIREN 341 737 062.
- (7) Dans la limite des prix limites de vente (PLV) pour la classe 2 / les prothèses auditives seront prises en charge sur la base des prothèses de classe 2 jusqu'au 31 Décembre 2020.
- (8) Les forfaits sont révisés en fonction de la valeur du PMSS de l'année en cours.

## LEXIQUE

**AMO** : Assurance Maladie Obligatoire / **BR** : Base de Remboursement de la sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / **TM** : Ticket modérateur / **OPTAM** / **OPTAM CO** : Convention médicale qui régit les relations entre les médecins libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie (a remplacé au 01/01/2017 le CAS, Contrat d'Accès aux Soins).

**Forfait de 18 €** / acte pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par la mutuelle.

**Les prestations en Euros** sont accordées par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.

Les garanties souscrites sont conformes à la **réglementation relative aux contrats solidaires et responsables** mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant signé la convention OPTAM / CO. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité. **Contrat souscrit par l'Association d'assurés Santé Cœur de Puisaye (SCDP).**

#### **Arrêté du 6 mai 2020 portant sur l'obligation des modalités de communication**

##### **Ratio des prestations / cotisations de notre mutuelle est de 87,58% pour l'année 2019:**

« Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. »

##### **Ratio des frais de gestion / cotisations est de 19,12% pour l'année 2019:**

« Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. »

« Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. »