

# garantie OPTIMAL 2022

	Remboursement Sécurité Sociale*	Remboursement MOS*	Sécurité Sociale + MOS*
--	------------------------------------	-----------------------	----------------------------

## HOSPITALISATIONS

Honoraires médicaux	Médecin OPTAM et hors OPTAM**	80%	20%	100%
Frais de séjour		80%	20%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)		–	100%	100%

## ACTES MÉDICAUX

Consultation, visite, médecins généralistes	Médecin OPTAM et hors OPTAM**	70%	30%	100%
Consultation, visite, médecins spécialistes	Médecin OPTAM et hors OPTAM**	70%	30%	100%
Actes techniques, radiologie	Médecin OPTAM et hors OPTAM**	70%	30%	100%
Auxiliaires médicaux, analyses		60%	40%	100%
Participation forfaitaire sur les actes >= 120 €		–	Frais réels	Frais réels

## MATÉRIEL MÉDICAL

Matériel médical remboursé par le régime obligatoire		60%	40%	100%
--	--	-----	-----	------

## PHARMACIE

Vignette bleue		30%	70%	100%
Vignette blanche		65%	35%	100%
Vignette orange		15%	–	15%
Contraception non remboursable (2) (3)		–	100 €	100 €

## DENTAIRE

### Soins et prothèses dentaires 100% santé

Soins et prothèses dentaires relevant du dispositif 100% santé tels que définis réglementairement (équipement sans reste à charge selon : type de prothèse, matériau et emplacement de la dent)		70%	Frais réels, dans la limite des frais engagés (a)	
---	--	-----	---	--

(a) Sous réserve du respect des Honoraires Limites de Facturation.

### Dentaire tel que défini réglementairement (Respect des Prix Limites de Facturation pour le panier à tarifs maîtrisés)

Soins dentaires, actes dentaires remboursés par le régime obligatoire ne relevant pas du dispositif 100% santé		70%	30%	100%
Prothèses remboursées par le régime obligatoire et ne relevant pas du dispositif 100% santé (5)		70%	TM + 130%	230%
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire et ne relevant pas du dispositif 100% santé		70%	TM	100%

# garantie OPTIMAL 2022

Remboursement Sécurité Sociale*	Remboursement MOS*	Sécurité Sociale + MOS*
------------------------------------	-----------------------	----------------------------

## OPTIQUE (voir grille ci-dessous)

### Verres ou monture 100% santé tels que définis réglementairement (Respect des Prix Limites de Vente pour les verres et/ou monture de classe A) (4)

	Remboursement Sécurité Sociale*	Remboursement MOS*	Sécurité Sociale + MOS*
Monture relevant du dispositif 100% santé	60%	Frais réels, dans la limite des frais engagés (b)	
Verres simples, complexes et très complexes relevant du dispositif 100% santé	60%	Frais réels, dans la limite des frais engagés (b)	
Suppléments et prestations optiques (Adaptation de la correction visuelle, prisme, système antiptosis, verres isocroniques)		Frais réels, dans la limite des frais engagés (b)	

(b) Sous réserve du respect du PLV par le professionnel de santé.

### Autres verres ou monture tels que définis réglementairement (Tarifs Libres pour les verres et/ou monture de classe B) (4)

	Remboursement Sécurité Sociale*	Remboursement MOS*	Sécurité Sociale + MOS*
Bénéficiaires - 16 ans	Monture	60%	30 € (TM inclus)
	Verres	60%	voir grille optique (TM inclus)
Bénéficiaires 16 ans et +	Monture	60%	50 € (TM inclus)
	Verres	60%	voir grille optique (TM inclus)

### Autres

Lentilles cornéennes (par an) (2)		100 € (TM inclus)	100 €
-----------------------------------	--	-------------------	-------

## AIDE AUDITIVE

### Equipements 100% santé : Tels que définis réglementairement (Equipement sans reste à charge pour les équipements classe I à partir de 2021) (par appareil, limité à la prise en charge d'un appareil par période de 4 ans, à compter de la date d'acquisition)

	Remboursement Sécurité Sociale*	Remboursement MOS*	Sécurité Sociale + MOS*
Aides auditives relevant du 100% santé - enfants jusqu'au 21ème anniversaire	60%	Frais réels, dans la limite des frais engagés (b)	
Aides auditives relevant du 100% santé - adultes 21 ans révolus	60%	Frais réels, dans la limite des frais engagés (b)	

(b) Sous réserve du respect du PLV par le professionnel de santé.

### Autres aides auditives

Aide auditive ne relevant pas du dispositif 100% santé (par appareil)	60%	40%	100%
---	-----	-----	------

## TRANSPORTS

ACTES DE PRÉVENTION (déterminés par arrêté du 8 juin 2006)	65%	35%	100%
--	-----	-----	------

ASSISTANCE À DOMICILE (6)	OUI ou NON	TM	100%
---------------------------	------------	----	------

CAPITAL DÉCÈS (7)	–	763 €	763 €
-------------------	---	-------	-------

## GRILLE OPTIQUE

### Enfants (-16 ans)

VERRE SIMPLE (c)	40 €
VERRE COMPLEXE (c)	85 €
VERRE TRÈS COMPLEXE (c)	85 €

### Adultes (16 ans et +)

VERRE SIMPLE (c)	50 €
VERRE COMPLEXE (c)	75 €
VERRE TRÈS COMPLEXE (c)	75 €

(c) Montant par verre

\* En pourcentage des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale, dans la limite des dépenses engagées

\*\* Médecin OPTAM: Médecin adhérent à l'option pratique tarifaire maîtrisée. Médecin hors OPTAM: Médecin non adhérent à l'option pratique tarifaire maîtrisée  
TM = Ticket Modérateur

(1) Exclut en cure médicale et établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD); 30 jours par année civile/bénéficiaire en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), établissements médico-sociaux et maison de repos.

(2) Forfait maximum par année civile/bénéficiaire.

(3) Remboursement si médicalement prescrit.

(4) Limité à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (de date à date) pour les bénéficiaires à partir de 16 ans sauf en cas d'une évolution de la vue. La prise en charge est limitée à un équipement tous les ans (de date à date) pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans sauf dans le cas d'une évolution de la vue. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois sous certaines conditions. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

(5) Dans la limite de 700 € par année civile/bénéficiaire.

(6) Contrat mis en oeuvre par RMA (Ressources Mutuelles Assistance), 44124 Vertou.

(7) Contrat collectif souscrit auprès de UNMI - Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le SIREN 784718207. Siège social : 50 avenue Daumesnil 75012 Paris

**Le remboursement des soins est effectué dans le respect du contrat responsable, dans la limite des dépenses engagées.**

Document diffusé à titre d'information n'ayant pas de valeur contractuelle.

	Prix moyen pratique ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement Mutuelle MOS	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
<b>HOSPITALISATION</b>						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	0,00 €	83,30 €		Prix moyen national de l'acte Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	0,00 €	159,30 €		Prix moyen national de l'acte Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie.
Chambre particulière en hospitalisation (sur demande du patient)	55,00 €	0,00 €	0,00 €	55,00 €		Par jour d'hospitalisation
<b>OPTIQUE</b>						
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €		Prix limite de vente
Équipement optique de classe B (monture à 100€ + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	150,00 €	194,91 €	Pour un adulte (16 ans et +) hors tarif négocié dans le réseau Kalixia	Prix moyen national de l'acte
Équipement optique de classe B (monture à 150€ + verres) de verres multifocaux complexes	615,00 €	0,09 €	200,00 €	414,91 €	Pour un adulte (16 ans et +) hors tarif négocié dans le réseau Kalixia	Prix donné à titre d'exemple
<b>DENTAIRE</b>						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70 €	84,00 €	192,00 €	262,70 €	Plafond de 700€ par année civile/bénéficiaire	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	172,00 €	291,45 €	Plafond de 700€ par année civile/bénéficiaire	Prix moyen national de l'acte
Orthodontie	600,00 €	193,50 €	0,00 €	406,50 €	Tarif par semestre	Prix donné à titre d'exemple
Implant	700,00 €	0,00 €	0,00 €	700,00 €		Prix donné à titre d'exemple
<b>EXEMPLES LIBRES</b>						
Ostéopathe	55,00 €	0,00 €	0,00 €	55,00 €		Prix d'une consultation donné à titre indicatif
<b>AIDES AUDITIVES</b>						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	240,00 €	160,00 €	1 076,00 €	Hors tarif négocié dans le réseau Kalixia	Prix moyen national de l'acte
<b>SOINS COURANTS</b>						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €		Prix moyen national de l'acte



# Garantie individuelle

Document d'information sur le produit complémentaire santé

Mutuelle MOS – Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la Mutualité

N° d'agrément : 778213678

Produit : Garantie OPTIMAL



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle 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 « garantie OPTIMAL » est une couverture complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Ce 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 systématiquement prévues

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires médicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier,
- ✓ **Actes médicaux** : Consultation et visite de médecins généralistes / spécialistes, actes techniques, radiologie, auxiliaires médicaux, analyses, participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €
- ✓ **Matériel médical** : matériel médical remboursé par le régime obligatoire.
- ✓ **Pharmacie** : Vignettes bleues et blanches, contraception non remboursable,
- ✓ **Dentaire** : soins, actes, prothèses dentaires et orthodontie remboursés par le régime obligatoire,
- ✓ **Optique** : Lunette (monture et verres). Lentilles cornéennes,
- ✓ **Aide Auditive**
- ✓ **Transports**

### Les autres prestations

- ✓ Capital décès
- ✓ Actes de prévention (selon arrêté du 8 juin 2006)

### Les services systématiquement prévus

- ✓ Réseaux de soins et analyse de devis, analyse de grilles de prestations,
- ✓ Espace personnel adhérent sur le Site Internet
- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission

### L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Assistance à domicile

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 indemnités journalières versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués 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

### Ne sont pas remboursables :

- ✗ Les accidents sportifs survenus lors d'une compétition, blessures ou décès provenant de guerre civile ou étrangère, de tremblements de terre, ouragans, tornades, éruptions volcaniques ou tous autres cataclysmes
- ✗ Les blessures ou décès survenus au cours de rixes, bagarres ou émeutes, s'il est établi que l'adhérent y a pris une part volontaire
- ✗ Les blessures ou décès consécutifs à des duels, mutilations volontaires
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Le forfait journalier en cure médicale et EHPAD
- ✗ La chambre particulière
- ✗ Le lit d'accompagnant



## 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 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

### Principales restrictions

- ! **Forfait journalier** : 30 jours/an en Maison d'Accueil Spécialisée, établissements médico-sociaux et maison de repos
- ! **Pharmacie** : pas de remboursement des vignettes orange
- ! **Contraception** : forfait maximum par année civile ; remboursement si médicalement prescrit
- ! **Optique** : limité à un équipement tous les 2 ans (de date à date), réduite à un an en cas d'une évolution de la vue ou pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement séparé des éléments de l'équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois sous certaines conditions
- ! **Audioprothèses** : prise en charge d'un appareil par période de 4 ans, à compter de la date d'acquisition (décret 2019-21 du 11 janvier 2019)



## Où suis-je couvert ?

- ✓ Sur le territoire français
- ✓ Si des soins ont été dispensés à l'étranger à un adhérent affilié à la Sécurité Sociale française, 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 ?

### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle
- 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 régime obligatoire français.
- Informer la mutuelle des événements suivants, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a d'un changement 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 : fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat.
- Déclarer tout accident causé par un tiers et dont vous-même ou vos ayants droits seraient victimes



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est calculée annuellement. Le paiement de la cotisation peut être fractionné, semestriellement ou trimestriellement d'avance, ou encore mensuellement d'avance uniquement par prélèvement automatique bancaire.

Le paiement par prélèvement automatique doit provenir d'un établissement domicilié en France métropolitaine.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. L'effet rétro actif n'est pas recevable.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent 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).

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> Janvier de chaque année. La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la Mutuelle (hors radiation des ayant-droits) ou cas de résiliation par la Mutuelle pour non-paiement des cotisations. La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des prestations, primes, indemnités et secours servis par la mutuelle.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat chaque année au le 31 décembre, en adressant une lettre recommandée ou tout autre support durable au siège social au moins deux mois avant cette date ; dans les 3 mois suivant une modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ; dans les conditions prévues par la loi Chatel, reprises dans l'article L221-10 du Code de la Mutualité, pour une garantie individuelle souscrite à titre non professionnel.

Le contrat peut être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

Par ailleurs, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation à un autre organisme, la résiliation peut devenir effective au 1<sup>er</sup> du jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.