

	Primo	Bronze	Argent	Or
<b>HOSPITALISATION</b>				
• 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, forfait patient urgences, participation forfaitaire <sup>(1)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Chambre particulière (y compris ambulatoire ; par jour) <sup>(2)</sup>	-	80 €	90 €	130 €
• Frais de séjour et d'hospitalisation	100 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Frais de séjour et d'hospitalisation en établissements non conventionnés	50 % FR	50 % FR	50 % FR	50 % FR
• Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans (par jour)	-	80 €	90 €	130 €
<b>SOINS COURANTS</b>				
• Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %
• Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (par année civile) <sup>(3)</sup>	-	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 <sup>(4)</sup>	125 %	200 %	300 %	350 %
• Frais de transport	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
• Equipements 100% santé <sup>(5) (6)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Equipements hors 100% santé <sup>(6)</sup>				
• 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 %
<b>DENTAIRE <sup>(7)</sup></b>				
• Soins dentaires	100 %	100 %	300 %	360 %
• Prothèses 100% santé <sup>(8)</sup>	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				
• Rebasage, rescellement (par acte)	-	-	48 €	48 €
• Bridge provisoire, 2 <sup>ème</sup> élément intermédiaire de bridge, appareil provisoire (par acte)	-	-	120 €	120 €
<b>limite globale par année civile pour les actes ci-dessous &gt;&gt;&gt;</b>				
			280 € ▼	280 € ▼
<b>OPTIQUE</b>				
• Equipements 100% santé <sup>(5) (8)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• Equipements hors 100% santé <sup>(8) (9)</sup>				
• 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 €
<b>MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE ET PRÉVENTION</b>				
• Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, micro-kinésithérapeute, ergothérapeute, naturopathe, psychologue, sophrologue, psychomotricien, kinésologue, diététicien, hypnothérapeute, 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 €
<b>CURES THERMALES (remboursées par la Sécurité sociale)</b>				
• Honoraires et soins de cure	100 %	100 %	270 €	270 €
• Frais d'hébergement et de transport (par année civile)	100 %	310 €	310 €	310 €
<b>ASSISTANCE, TÉLÉCONSULTATION &amp; SERVICES +</b>				
	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](http://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 et le Forfait Patient Urgences (FPU) du Régime général de la Sécurité sociale sont 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 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 de la chambre particulière est limitée à 30 jours par année civile et est portée à 45 jours par année civile en cas d'intervention chirurgicale (intervenue au cours des 6 mois précédents).
- (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 à tous les frais d'appareillage (lit médicalisé, verticalisateur, fauteuil, accessoires...) 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 :
  - 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), contactez 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 : 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.



\* 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 au **Comité de Défense des Travailleurs Frontaliers du Haut-Rhin** ([www.cdttf.org](http://www.cdttf.org)).

**Les cotisations du contrat dépendent du régime de Sécurité sociale des bénéficiaires et de la catégorie d'âge dont ils relèvent. Le passage dans la catégorie d'âge supérieure se fait au 1<sup>er</sup> janvier de l'année des 31, 61 et 66 ans. La gamme Frontaliers n'est ouverte qu'aux frontaliers suisses en activité et adhérents au CDTF 68.**

**En outre, les cotisations sont sujettes à évolution au 1<sup>er</sup> janvier sur décision du Conseil d'Administration.**

Vous bénéficierez d'une **offre SANS DÉLAI D'ATTENTE** (carence) et **SANS LIMITE DU REMBOURSEMENT DENTAIRE** (telle que définie aux Art. 21.7 et 21.8 du Règlement mutualiste) si vous bénéficiez d'une couverture de même nature auprès d'un organisme similaire jusqu'à la veille de votre adhésion à **MUTA SANTÉ** ou si vous adhérez simultanément à votre embauche en Suisse (certificat d'embauche).



**Pour connaître nos tarifs, profiter d'un comparatif gratuit avec votre complémentaire actuelle ou avoir davantage de précisions sur nos différentes offres...**

**... prenez contact avec nos conseillers :**



**03 67 61 03 90**



**contact@muta-sante.fr**



**www.muta-sante.fr**

# Taux de redistribution et taux de frais de gestion

(communication obligatoire issue de la Loi 2019-733 du 14 juillet 2019)

Exercice 2022

## • Taux de redistribution des cotisations



montant des **prestations versées** pour le remboursement des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident  

---

montant des **cotisations** afférentes à ces garanties

Ce taux 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.

Chez **MUTA SANTÉ**, pour l'exercice 2022, il est de : **90,14 %**

## • Taux des frais de gestion et d'acquisition



montant total des **frais de gestion et d'acquisition** au titre du remboursement des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident  

---

montant des **cotisations** afférentes à ces garanties

Ce taux 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 et d'acquisition**.

Les **frais de gestion et d'acquisition** 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.

Chez **MUTA SANTÉ**, pour l'exercice 2022, ce taux est de : **10,12 %**

Avec **SERVICES +**, vous bénéficiez d'un ensemble de services utiles et innovants

## ■ ASSISTANCE

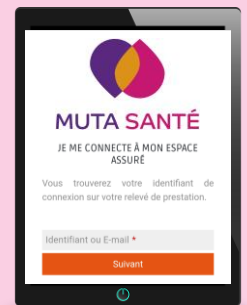


Avec **MUTA SANTÉ** vous bénéficiez des prestations d'assistance assurées par un professionnel du secteur. Ce service vous permet, en cas d'hospitalisation, d'immobilisation ou de décès d'un proche, d'organiser dans l'urgence votre vie de famille (garde des enfants, aide à domicile, rapatriement, etc...)

*Par exemple, en cas d'hospitalisation de plus de 2 jours, nous vous faisons bénéficier d'une aide à domicile, prenons en charge les frais de location de téléviseur à l'hôpital, la garde de vos enfants et de vos animaux de compagnie.*

## ■ ESPACE ASSURÉ

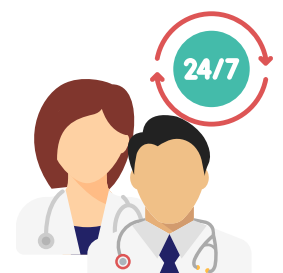
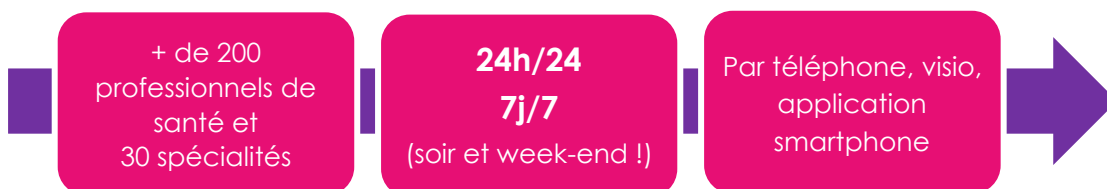
A partir d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un mobile, cette plateforme permet aux bénéficiaires de suivre l'historique de leurs **remboursements**, consulter leur contrat et **garanties**, de télécharger les **décomptes** et la **carte de tiers payant**, et de contacter directement nos conseillers.



Tout MUTA SANTÉ en quelques clics !

## ■ TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE **Medaviz**

→ Avec l'application dédiée téléchargeable gratuitement ou directement par téléphone, **Medaviz** vous aide à gérer vos problèmes de soins courants...



Informations médicales,  
Consultation, Diagnostic,  
Ordonnance

## ■ ACTION SOCIALE

Une aide, une écoute ou un **soutien financier** peuvent être précieux.

Avec son service d'action sociale, **MUTA SANTÉ** vient en aide à ses bénéficiaires

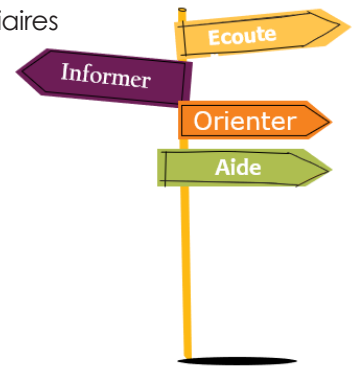
confrontés à des **difficultés liées à une problématique de santé ou de handicap**.

Il s'agit d'analyser avec l'intéressé sa situation et ses besoins afin de participer aux frais de santé coûteux, non pris en charge dans le contrat souscrit.



**Notre Action sociale intervient dans les domaines :**

- du handicap
- de l'aide aux familles/aidants
- de la santé
- de la prévention



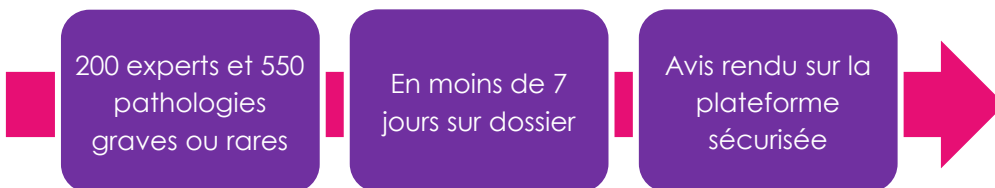
## ■ PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ

Un litige avec un Professionnel de santé ou un établissement de soins ?  
Faites appel aux services de nos experts !



## ■ LE SECOND AVIS MÉDICAL [deuxiemeavis.fr](https://deuxiemeavis.fr)

[deuxiemeavis.fr](https://deuxiemeavis.fr) vous donne accès à des médecins experts pour éclairer vos décisions en cas de problèmes de santé sérieux.



**Un service Patients à votre écoute, par téléphone ou messagerie sécurisée.**

## MUTA SANTÉ - Frontaliers adhérents du CDTF 68 - Exemples de remboursements 2023

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous des exemples normés de remboursement en euros correspondant aux garanties de la **gamme Frontaliers** de **MUTA SANTÉ** (options PRIMO, BRONZE, ARGENT et OR). Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général et local, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale. Les données présentées, **arrondies à l'euro près**, n'ont aucune valeur contractuelle.

### RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MALADIE

HOSPITALISATION	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Sécurité sociale	PRIMO		BRONZE		ARGENT		OR	
			MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge
▶ Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €	20 €	0 €
▶ Honoraires du chirurgien <b>avec dépassement d'honoraires maîtrisés</b> (adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	272 €	0 €	83 €	83 €	0 €	83 €	0 €	83 €	0 €
▶ Honoraires du chirurgien <b>avec dépassement d'honoraires libres</b> (non adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	272 €	0 €	159 €	159 €	0 €	159 €	0 €	159 €	0 €

OPTIQUE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Sécurité sociale	PRIMO		BRONZE		ARGENT		OR	
			MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge
▶ Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	23 €	103 €	0 €	103 €	0 €	103 €	0 €	103 €	0 €
▶ Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345 €	0 €	90 €	255 €	160 €	185 €	185 €	160 €	310 €	35 €

DENTAIRE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Sécurité sociale	PRIMO		BRONZE		ARGENT		OR	
			MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge
▶ Détartrage	29 €	20 €	9 €	0 €	9 €	0 €	9 €	0 €	9 €	0 €
▶ Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500 €	84 €	416 €	0 €	416 €	0 €	416 €	0 €	416 €	0 €
▶ Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	539 €	84 €	66 €	389 €	168 €	287 €	276 €	179 €	348 €	107 €
▶ Couronne céramo-métallique sur deuxièmes molaires	539 €	75 €	59 €	404 €	151 €	313 €	247 €	216 €	312 €	152 €

AIDES AUDITIVES	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Sécurité sociale	PRIMO		BRONZE		ARGENT		OR	
			MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge
▶ Aide auditive de classe I par oreille pour un adulte de plus de 20 ans (équipement 100% santé)	950 €	240 €	710 €	0 €	710 €	0 €	710 €	0 €	710 €	0 €
▶ Aide auditive de classe II par oreille pour un adulte de plus de 20 ans	1 476 €	240 €	370 €	866 €	520 €	716 €	720 €	516 €	820 €	416 €

SOINS COURANTS	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Sécurité sociale	PRIMO		BRONZE		ARGENT		OR	
			MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge
▶ Consultation d'un médecin traitant généraliste <b>sans dépassement d'honoraires</b>	25 €	16,50 €	7,50 €	1 €	7,50 €	1 €	7,50 €	1 €	7,50 €	1 €
▶ Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie <b>sans dépassement d'honoraires</b>	30 €	20 €	9 €	1 €	9 €	1 €	9 €	1 €	9 €	1 €
▶ Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie <b>avec dépassement d'honoraires maîtrisés</b> (adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO)	44 €	20 €	9 €	15 €	22,80 €	1,20 €	23 €	1 €	23 €	1 €
▶ Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie <b>avec dépassement d'honoraires libres</b> (non adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO)	56 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €	16,10 €	24,80 €	20,70 €	20,20 €	29,90 €	11 €

## MUTA SANTÉ - Frontaliers adhérents du CDTF 68 - Exemples de remboursements 2023

Conformément à notre engagement sur la lisibilité des garanties, vous trouverez ci-dessous des exemples normés de remboursement en euros correspondant aux garanties de la **gamme Frontaliers** de **MUTA SANTÉ** (options PRIMO, BRONZE, ARGENT et OR). Les montants servant de référence dans les exemples normés sont les tarifs nationaux moyens mis à disposition par l'Union Nationale des Organismes Complémentaire à l'Assurance Maladie (UNOCAM). Ces exemples sont en complément du régime général et local, en secteur conventionné pour les assurés non considérés en Affection Longue Durée (ALD) par la Sécurité sociale. Les données présentées, **arrondies à l'euro près**, n'ont aucune valeur contractuelle.

### RÉGIME LOCAL "ALSACE-MOSELLE"

HOSPITALISATION	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Sécurité sociale	PRIMO		BRONZE		ARGENT		OR	
			MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge
▶ Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	20 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
▶ Honoraires du chirurgien <b>avec dépassement d'honoraires maîtrisés</b> (adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	272 €	0 €	83 €	83 €	0 €	83 €	0 €	83 €	0 €
▶ Honoraires du chirurgien <b>avec dépassement d'honoraires libres</b> (non adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	272 €	0 €	159 €	159 €	0 €	159 €	0 €	159 €	0 €

OPTIQUE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Sécurité sociale	PRIMO		BRONZE		ARGENT		OR	
			MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge
▶ Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	34 €	91 €	0 €	91 €	0 €	91 €	0 €	91 €	0 €
▶ Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345 €	0 €	90 €	255 €	160 €	185 €	185 €	160 €	310 €	35 €

DENTAIRE	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Sécurité sociale	PRIMO		BRONZE		ARGENT		OR	
			MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge
▶ Détartrage	29 €	26 €	3 €	0 €	3 €	0 €	3 €	0 €	3 €	0 €
▶ Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500 €	108 €	392 €	0 €	392 €	0 €	392 €	0 €	392 €	0 €
▶ Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	539 €	108 €	42 €	389 €	144 €	287 €	252 €	179 €	324 €	107 €
▶ Couronne céramo-métallique sur deuxièmes molaires	539 €	97 €	38 €	404 €	129 €	313 €	226 €	216 €	290 €	152 €

AIDES AUDITIVES	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Sécurité sociale	PRIMO		BRONZE		ARGENT		OR	
			MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge
▶ Aide auditive de classe I par oreille pour un adulte de plus de 20 ans (équipement 100% santé)	950 €	360 €	590 €	0 €	590 €	0 €	590 €	0 €	590 €	0 €
▶ Aide auditive de classe II par oreille pour un adulte de plus de 20 ans	1 476 €	360 €	250 €	866 €	400 €	716 €	600 €	516 €	700 €	416 €

SOINS COURANTS	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Sécurité sociale	PRIMO		BRONZE		ARGENT		OR	
			MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge	MUTA SANTÉ	Reste à charge
▶ Consultation d'un médecin traitant généraliste <b>sans dépassement d'honoraires</b>	25 €	21,50 €	2,50 €	1 €	2,50 €	1 €	2,50 €	1 €	2,50 €	1 €
▶ Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie <b>sans dépassement d'honoraires</b>	30 €	26 €	3 €	1 €	3 €	1 €	3 €	1 €	3 €	1 €
▶ Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie <b>avec dépassement d'honoraires maîtrisés</b> (adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO)	44 €	26 €	3 €	15 €	16,10 €	1,90 €	16,30 €	1,70 €	16,30 €	1,70 €
▶ Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie <b>avec dépassement d'honoraires libres</b> (non adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO)	56 €	19,70 €	2,30 €	34 €	11,50 €	24,80 €	16,10 €	20,20 €	25,30 €	11 €

# Document d'Information de Produit d'Assurance

Compagnie : MUTA SANTÉ

Produit : Complémentaire santé – Gammes Standard, Frontaliers 57 & 68, TNS et Individuelle courtée



MUTA SANTÉ

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 complémentaire santé destinée aux individus relevant d'un régime obligatoire d'Assurance maladie français (ou suisse dans le cadre du contrat Frontaliers 68). 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 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 choisi par l'assuré, participer au financement de soins non remboursés par le régime obligatoire. Ce contrat est responsable.



## 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, forfait patient urgences.

**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 DOM. 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<sup>er</sup> 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 par la Mutuelle.

Cette résiliation entraîne d'office celle des ayants droit de l'assuré, bénéficiaires du contrat.