

MUTUALP SANTÉ FAMILLE



ANNEXE-PRODUIT DU RÉGLEMENT MUTUALISTE SANTÉ FAMILLE

NATURE DU CONTRAT

Ce contrat est de type « solidaire et responsable » c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des articles R871-1 et R871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein du présent Règlement ne saurait s'appliquer à l'encontre des obligations de prises en charge prévues aux articles R871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale sont garantis à minima à hauteur de 100% de la *Base de remboursement de la Sécurité sociale* (remboursement *Sécurité sociale* inclus).

CARACTÉRISTIQUES

Base tarifaire	Par garantie : Base 1 – Base 2 – Base 3 – Base 4
Type de cotisation	Par âge Barème établi selon l'âge de chaque bénéficiaire par différence de millésime
Règle cotisation	Gratuité à partir du 3ème enfant Le tarif est plafonné à l'âge de 90 ans
Condition d'adhésion	Être résident en France métropolitaine
Délai d'attente	Aucun
Éligibilité loi Madelin	Oui

CENTRE DE GESTION



- ▶ Par courrier : HEYME – CS 70028 – 13272 MARSEILLE CEDEX 08
- ▶ Par téléphone : 03 41 81 68 18 25
du lundi au vendredi de 9h à 18h
- ▶ Par le formulaire de contact : <https://heyme.care/fr/contact>

MUTUALP SANTÉ FAMILLE

TABLEAU DES GARANTIES

TABLEAU DES GARANTIES MUTUALP SANTÉ FAMILLE

Garanties - les taux incluent le remboursement du régime obligatoire et sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Le remboursement est effectué dans la limite des frais réels engagés.	BASE 1	BASE 2	BASE 3	BASE 4
HOSPITALISATION				
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes DPTAM (2)	100%	230%	380%	430%
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes non DPTAM (2)	100%	200%	200%	200%
Frais de séjour en secteur conventionné	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE
Frais de séjour en secteur non conventionné	100%	230%	380%	430%
Honoraires en soins de suite et de réadaptation, rééducation, psychiatrie DPTAM (2)	100%	180%	180%	180%
Honoraires en soins de suite et de réadaptation, rééducation, psychiatrie non DPTAM (2)	100%	160%	160%	160%
Frais de séjour en soins de suite et de réadaptation, rééducation, psychiatrie	100%	180%	180%	180%
Forfait journalier hospitalier et Forfait Patient Urgences	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI
Chambre particulière (nuit et ambulatoire) limitée à 15 jours/séjour/bénéficiaire (hospitalisation et Soins Médicaux et de Réadaptation cumulés). En psychiatrie limitée à 20 jours/an/bénéficiaire (1)	50 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	80 €/jour
Frais d'accompagnement (enfant moins de 16 ans) limité à 15 jours/séjour/personne (hospitalisation et suites cumulées).	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	35 €/jour
Transports remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
MALADIE - MÉDECINE COURANTE (dont soins externes)				
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes DPTAM (2)	120%	170%	220%	270%
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes non DPTAM (2)	100%	150%	200%	200%
Radiologie DPTAM (2)	120%	170%	200%	250%
Radiologie non DPTAM (2)	100%	150%	180%	200%
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI
Infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures	110%	170%	190%	240%
Consultations psychologiques du dispositif Mon soutien psy de la Sécurité sociale (article L 162-58 du Code de la Sécurité sociale, Décrets et Arrêtés en vigueur)	8 séances/an	8 séances/an	8 séances/an	8 séances/an
Analyses et examens de laboratoire	110%	170%	190%	240%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
Orthopédie et appareillage (hors fauteuil roulant) acceptés par la Sécurité sociale	125%	185%	210%	290%
Fauteuil roulant accepté par la Sécurité sociale	100%	100% + 1000€	100% + 1500 €	100% + 2000 €
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES (Prestations plafonnées à) (8)				
100% SANTÉ Prothèses dentaires "offre 100% Santé" (3) ***	1000€/an/bénéficiaire 100% FR dans la limite des HLF	1100€/an/bénéficiaire 100% FR dans la limite des HLF	1200€/an/bénéficiaire 100% FR dans la limite des HLF	1300€/an/bénéficiaire 100% FR dans la limite des HLF
Actes techniques, chirurgie, radiologie, soins dentaires et parodontologie acceptée Sécurité sociale	125%	195%	220%	320%
Prothèses dentaires ("offre maîtrisée" et "offre libre") (3) ***	170%	245%	320%	370%
Implantologie (1) ****	-	180 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	170%	170%	290%	350%
Orthodontie refusée Sécurité sociale (1)	-	150 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
AIDES AUDITIVES				
100% SANTÉ Audioprothèse classe 1 "offre 100% Santé" (4)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Audioprothèse classe 2 "offre libre" (4)	125%	185%	210%	290%
OPTIQUE (en classe B, forfait exprimé en euros comprenant le ticket modérateur). Le remboursement de la monture est limité à 100€ en classe B et 30€ en classe A (5) (6)				
100% SANTÉ Equipement optique classe A complet (monture et verres) "offre 100% Santé" (5) (6)	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV	100% FR dans la limite des PLV
Equipement optique classe B complet (monture et verres) "Offre libre" (5) :				
Monture avec deux verres simples (a)*	210 €	290 €	330 €	370 €
OU Monture avec un verre simple et un complexe (b)*	220 €	300 €	340 €	380 €
OU Monture avec un verre simple et un très complexe (d)*	230 €	310 €	350 €	390 €
OU Monture avec deux verres complexes (c)*	240 €	320 €	360 €	400 €
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe (e)*	250 €	330 €	370 €	410 €
OU Monture avec deux verres très complexes (f)*	260 €	340 €	380 €	420 €
La prise en charge de la monture dans l'équipement optique est limitée à :	100 €	100 €	100 €	100 €
Chirurgie réfractive	-	170€/œil	200€/œil	240€/œil
ET Lentilles acceptées Sécurité sociale (1)	100 €	100% + 180 €/an/bénéficiaire	100% + 210 €/an/bénéficiaire	100% + 240 €/an/bénéficiaire
OU Lentilles cornéennes non remboursées Sécurité sociale (1)	-	180 €/an/bénéficiaire	210 €/an/bénéficiaire	240 €/an/bénéficiaire
CURES THERMALES acceptées par la Sécurité sociale				
Honoraires et forfaits	100%	100%	100%	100%
Transports et hébergement (1)	-	150 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire	280 €/an/bénéficiaire
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES				
Acupuncture, ostéopathe, diététicien (non remboursé par la Sécurité sociale) (1)**	80 €/an/bénéficiaire	140 €/an/bénéficiaire	180 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
Vaccin anti-grippe (non remboursé par la Sécurité sociale) (1)**	-	-	60 €/an/bénéficiaire	60 €/an/bénéficiaire
Soins à l'étranger**	100%	100%	100%	100%
Actes de prévention légaux (autres vaccins, dépistages, ostéodensitométrie) Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2 II du code de la Sécurité sociale**	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Allocation naissance/adoption (7)	-	200 €	250 €	300 €

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

FR : Frais réels
PMS : Plafond Mensuel Sécurité sociale

HLF : Honoraires Limites de Facturation
PLV : Prix Limites de Vente

MUTUALP SANTÉ FAMILLE

TABLEAU DES GARANTIES (suite)

ASSISTANCE ET SERVICES	
FOR ME : Assistance vie quotidienne, juridique, sociale, administrative et psychologique. Tél : 01 41 61 23 95 de 9h à 18h du lundi au vendredi. Cellule d'écoute psychologique accessible 24h/ 24 et 7j/7	Inclus dans votre contrat
MédecinDirect: télémédecine 24h/24 et 7j/7 au 09 74 59 51 10 ou sur medecindirect.fr et appli mobile	Inclus dans votre contrat
Ascelliance Retraite : 04 72 69 89 09 ou ascelliance-retraite.fr	Inclus dans votre contrat
Tiers payant	Inclus dans votre contrat
Compte adhérent en ligne	Inclus dans votre contrat

* voir grille optique ci-dessous

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
a - Verres simples	a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
c - Verres complexes	c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs :
f - Verres très complexes	sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
b - Verres a & c	
d - Verres a & f	
e - Verres c & f	f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres ≥ 0,25 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8

Prestations en vigueur à compter du 08/01/2024. Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité sociale ou en Euros. Les taux incluent le remboursement du Régime obligatoire.

**** Sur présentation de facture acquittée *** Sur présentation de la carte d'identification (ou le bon de livraison), de la déclaration de conformité **** Sur présentation du passeport implantaire**

Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette sont solidaires et responsables. Toutes les garanties de la présente plaquette, indépendamment de leur caractère solidaire et responsable, ne prennent pas en charge : la participation forfaitaire de 1€ laissée à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale - les majorations de participation de l'assuré ou les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins - dès que cette réglementation entrera en vigueur, la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas au médecin l'accès à son dossier médical - les franchises médicales annuelles mentionnées au III de l'article L322.2 du code de la Sécurité sociale applicables sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires dans les conditions définies légalement notamment celles relatives aux plafonds et exonérations.

(1) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.

(2) : La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modulation d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée d'au moins 20% de la BR pour un total maximum de 200% BR.

(3) : Tels que définis réglementairement, les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre maîtrisée" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

(4) : Tels que définis réglementairement, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

(5) : Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé".

(6) : Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limites de Vente). En application de l'art L.165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(7) : Sur présentation acte de naissance ou d'adoption.

(8) : Au-delà de ce plafond, et dans le respect des obligations relatives au panier de soins, les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire seront remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins.

