

# MUTUALP SANTÉ SÉNIORS



## ANNEXE-PRODUIT DU RÉGLEMENT MUTUALISTE INDIVIDUELS DE MUTUALP

### SPÉCIFICITÉS RELATIVES AU PRODUIT «MUTUALP SANTÉ SÉNIORS»

#### 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

<b>Base tarifaire</b>	Par garantie : Ambre - Corail - Jade - Nacre - Opale
<b>Type de cotisation</b>	Cotisation unique par garantie quel que soit l'âge
<b>Règle cotisation</b>	Aucune
<b>Condition d'adhésion</b>	Être résident en France métropolitaine Être âgé entre 60 et 80 ans lors de l'adhésion.
<b>Délai d'attente</b>	Aucun
<b>Éligibilité loi Madelin</b>	Non

#### 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 SÉNIORS

## TABLEAU DES GARANTIES

### TABLEAU DES GARANTIES MUTUALP SANTÉ SÉNIORS

Offre réservée aux 60 - 80 ans

	AMBRE	CORAIL	JADE	NACRE	OPALE
<p>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.</p>					
<b>H</b>	<b>HOSPITALISATION</b>				
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes DPTAM (2)	100%	150%	200%	250%	350%
Honoraires, chirurgiens, anesthésistes non DPTAM (2)	100%	130%	180%	200%	200%
Frais de séjour en secteur conventionné	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE	DÉPENSE ENGAGÉE
Frais de séjour en secteur non conventionné	100%	150%	200%	250%	350%
Forfait journalier hospitalier et Forfait Patient Urgences	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS	FORFAITS REMBOURSÉS
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Chambre particulière (nuit et ambulatoire) (1) :					
- en médecine, chirurgie et maternité : limitée à 30 jours/an/bénéficiaire	25 €/jour	40 €/jour	60 €/jour	70 €/jour	90 €/jour
- dont Soins Médicaux et de Réadaptation : limitée à 21 jours/an/bénéficiaire					
- en psychiatrie : limitée à 15 jours/an/bénéficiaire					
Forfait frais télévision limité à 30 jours/an/bénéficiaire (1) (9)	-	3 €/jour	6 €/jour	9 €/jour	12 €/jour
Frais d'accompagnement adulte plus 70 ans limité à 30 jours par an (1)	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	40 €/jour
Transports remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
<b>M</b>	<b>MALADIE - MÉDECINE COURANTE (dont soins externes)</b>				
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes DPTAM (2)	100%	150%	200%	250%	350%
Consultations, visites, généralistes et actes de spécialistes non DPTAM (2)	100%	130%	180%	200%	200%
Radiologie DPTAM (2)	100%	150%	200%	250%	350%
Radiologie non DPTAM (2)	100%	130%	180%	200%	200%
Participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures	100%	150%	200%	250%	350%
Consultations psychologues 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	8 séances/an
Analyses et examens de laboratoire	100%	150%	200%	250%	350%
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale (1)	50 €/an	80 €/an	80 €/an	120 €/an	120 €/an
Orthopédie et appareillage acceptés Sécurité sociale	100%	100%	150%	150%	200%
Forfait orthopédie, prothèses accessoires (acceptées ou non) (1)	-	150 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire	400 €/an/bénéficiaire	500 €/an/bénéficiaire
Actes de prévention légaux (2 actes selon la liste) 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	PRIS EN CHARGE
<b>D</b>	<b>SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES (Prestations plafonnées à) (6)</b>				
100% SANTÉ Prothèses dentaires "offre 100% Santé" (3)*	1200€/an/bénéficiaire	1500€/an/bénéficiaire	1800€/an/bénéficiaire	2000€/an/bénéficiaire	2500€/an/bénéficiaire
Actes techniques, chirurgie, radiologie, soins dentaires et parodontologie acceptée Sécurité sociale	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF	100% FR dans la limite des HLF
Prothèses dentaires ("offre maitrisée" et "offre libre") (3)*	125%	200%	250%	300%	400%
Implantologie** / parodontologie refusée	-	200 €/an/bénéficiaire	300 €/an/bénéficiaire	500 €/an/bénéficiaire	700 €/an/bénéficiaire
Orthodontie remboursée Sécurité sociale	125%	200%	250%	300%	350%
Orthodontie refusée Sécurité sociale: Sur la base reconstituée d'un acte TO90 (193,5 €)	100%	125%	200%	250%	300%
<b>A</b>	<b>AIDES AUDITIVES</b>				
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	100% FR dans la limite des PLV
Audioprothèse classe 2 "offre libre" (4)	100% + 100 €/oreille	100% + 200 €/oreille	100% + 300 €/oreille	100% + 500 €/oreille	100% + 700 €/oreille
Piles pour appareil auditif non remboursées Sécurité sociale (1)	10 €/an/bénéficiaire	15 €/an/bénéficiaire	20 €/an/bénéficiaire	30 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
<b>O</b>	<b>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)</b>				
100% SANTÉ Équipement 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	100% FR dans la limite des PLV
Équipement optique classe B complet (monture et verres) "Offre libre" (5) :					
Monture avec deux verres simples (a)***	100 €	200 €	250 €	300 €	350 €
OU Monture avec un verre simple et un complexe (b)***	150 €	225 €	275 €	325 €	375 €
OU Monture avec un verre simple et un très complexe (d)***	200 €	275 €	325 €	375 €	425 €
OU Monture avec deux verres complexes (c)***	225 €	300 €	350 €	400 €	450 €
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe (e)***	250 €	325 €	375 €	425 €	475 €
OU Monture avec deux verres très complexes (f)***	275 €	350 €	400 €	450 €	500 €
La prise en charge de la monture dans le forfait est limitée à :	50 €	80 €	100 €	100 €	100 €
ET Lentilles acceptées Sécurité sociale (1)	100% + 50 €/an/bénéficiaire	100% + 75 €/an/bénéficiaire	100% + 150 €/an/bénéficiaire	100% + 200 €/an/bénéficiaire	100% + 250 €/an/bénéficiaire
OU Lentilles cornéennes non remboursées Sécurité sociale (1)	50 €/an/bénéficiaire	75 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire	250 €/an/bénéficiaire
<b>T</b>	<b>CURES THERMALES (7)</b>				
Cure thermale (1)	100%	100% + 100 €/an/bénéficiaire	150% + 200 €/an/bénéficiaire	150% + 250 €/an/bénéficiaire	150% + 300 €/an/bénéficiaire
<b>P</b>	<b>PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES : non remboursées par la Sécurité sociale (1)****</b>				
Acupuncture, ostéopathe, homéopathe, chiropracteur, étioopathe, diététicien, nutritionniste, sophrologue, réflexologue, pédicure, podologue, cryothérapeute	50 €/an/bénéficiaire	75 €/an/bénéficiaire	125 €/an/bénéficiaire	150 €/an/bénéficiaire	200 €/an/bénéficiaire
Médicaments, homéopathie et vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale ****					
Abonnements annuels associations conventionnées Mutualp	-	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire	40 €/an/bénéficiaire
Abonnements annuels aux clubs de sports et licences sportives					

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

FR : Frais réels  
PMSS : Plafond Mensuel Sécurité sociale

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

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 Médicindirect: tél: médecine 24h/24 et 7j/7 au 09 74 59 51 10 ou sur medicindirect.fr et appli mobile Ascillance Retraite : 04 72 69 89 09 ou ascillance-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	Inclus dans votre contrat

MUTUALP est une mutuelle, immatriculée 950 396 911, régie par le Livre II du Code de la Mutualité.

Siège social : 55 rue de la Villette 69003 LYON

Page 2 sur 3

# MUTUALP SANTÉ SÉNIORS

## TABLEAU DES GARANTIES (suite)

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
a - Verres simples c - Verres complexes f - Verres très complexes	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
b - Verres a & c	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 : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
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 01/01/2024. 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 la carte d'identification (ou le bon de livraison), de la déclaration de conformité \*\* Sur présentation du passeport implantaire \*\*\*\* Sur présentation de facture acquittée nominative. \*\*\*\*\* Sur présentation d'ordonnance**

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, 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 modération 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 Limités 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 la limite du prix de vente (PLV) fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre 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 (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) : Le forfait intègre le remboursement mutuelle des frais de transport et d'hébergement uniquement si un remboursement sur ces actes a été effectué par le Régime obligatoire.

(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.

(9) : Sur présentation de facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.

