

Découvrez notre formule Confort+



L'ensemble des garanties s'entend dans le respect du parcours de soins. Les forfaits sont alloués par bénéficiaire et par année civile, sauf mention contraire. La mutuelle intervient dans la limite des frais engagés.



Avantage couple

10% de réduction pour le conjoint en cas d'adhésion, sur un même dossier, d'un couple marié, en concubinage ou pacsé.



Avantage famille

Cotisation gratuite pour le 3ème enfant ayant droit et les suivants, sur un même dossier, jusqu'à leurs 18 ans.



LES MÉNAGES PRÉVOYANTS
Santé • Prévoyance • Prévention



Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - N°SIREN 785 151 689 - Siège social : 7 - 11 rue Albert Sarraut - 78000 Versailles

Garanties applicables au 1^{er} Janvier 2019 (% exprimé en BRSS)**

Soins de ville (en parcours de soins)	Taux sécurité sociale
Généralistes, spécialistes et visites	70%
Actes techniques médicaux	70%
Analyses médicales	60%
Auxiliaires médicaux	60%
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale (1)	65%
Transports, Ambulances	65%
Pharmacie	
Médicaments pris en charge par la sécurité sociale	15% à 65%
Tous vaccins (sans remboursement par la sécurité sociale)	-
Dentaire	
Soins dentaires, actes bucco-dentaires	70%
Prothèses dentaires Plafond annuel (part mutuelle)	70%
Actes non remboursés par la sécurité sociale (2)	-
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale (- 16 ans)	100%
Optique (report du forfait lunettes et lentilles de 50% si non utilisé dans l'année civile*)	
MONTURE ET VERRES ADULTES	
Monture et verres	60%
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale	60%
Vision (glaucome, DMLA hors compléments alimentaires, cataracte) (3)	-
MONTURE ET VERRES ENFANTS JUSQU'À 18 ANS	
Monture et verres	60%
Lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale	60%
Appareillage	
Prothèses auditives (par appareil/an)	60%
Orthopédie ou petit appareillage	60%
Prothèses mammaires (par prestation/an)	100%
Prothèse capillaire (une prestation/an)	100%
Hospitalisation	
Frais de séjour	80%
Honoraires chirurgicaux	80%
Forfait Journalier en M.C.O (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)	-
Forfait Journalier hors M.C.O (Établissements Spécialisés - Psychiatrie)	-
Chambre particulière en M.C.O	-
Chambre particulière hors M.C.O	-
Forfait sur les actes lourds	-
Actes de prévention	
Détartrage une fois par an	70%
Dépistage des troubles de l'audition pour les personnes de + de 50 ans, tous les 5 ans	70%
Les + LMP	
Ostéodensitométrie (non remboursé par la sécurité sociale)	-
Médecines alternatives (non remboursé par la sécurité sociale) (4)	-
Consultations pédicure, podologue (non remboursé par la sécurité sociale)	-
Assistance santé et vie quotidienne	-
Commission de fonds de secours	-
Newsletter mensuelle	-
Revue Réciproque trimestrielle	-

Cotisations mensuelles par personne

0 - 18 ANS
19 - 39 ANS
40 - 59 ANS
60 - 69 ANS
70 - 79 ANS
80 ANS ET +

Formule Confort+ sécurité sociale + LMP

Confort+
200%
100%
100%
100%
100% + 300€/an
100%
100%
Frais réels
100%
300%
2000€ la 1ère année 4000€ dès la 2ème année
210€/an
350%
100% + 350€/an
100% + 170€/an
250€/an
100% + 175€/an
100% + 110€/an
100% + 600€/an
200%
100% + 300€/an
100% + 300€/an
100%
200%
Frais réels/illimité/an
Frais réels/50jrs/an
80€/80jrs/an
60€/60jrs/an
Frais réels
100%
100%
20€/an
40€/4 séances/an
60€/an
Inclus
Inclus
Inclus
Inclus
64,00€
97,00€
125,70€
142,70€
166,90€
194,60€

**DES RENFORTS SONT
DISPONIBLES AVEC
LA FORMULE CONFORT+**

(1) Forfait versé uniquement sur présentation de la facture nominative des frais d'hébergement.

(2) Dents provisoires, rebasage, orthodontie adulte, implants hors paradontologie.

(3) Forfait annuel pour les deux yeux.

* Voir règlement mutualiste.

(4) Ostéopathie, chiropraxie, éthiopathie, acupuncture et homéopathie.

** BRSS (Base de Remboursement de la sécurité sociale).

Mutuelle Les Ménages Prévoyants

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Les Ménages Prévoyants - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du

Code de la Mutualité - N°SIREN 785 151 689 - Immatriculée en France - Siège sociale :

7 - 11 rue Albert Sarraut - 78000 Versailles

PRODUIT : **CONFORT +**



Ce document d'information vous indique toutes les caractéristiques principales de la garantie et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. En complément, vous trouverez l'information complète sur ce produit dans les documents pré contractuels et contractuels. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garantie.

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?

Le produit d'assurance complémentaire santé **CONFORT +** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants droits en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de la sécurité sociale française.

Ce produit est « non responsable ».



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Certains montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut éventuellement rester à la charge de l'adhérent.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

✔ **Hospitalisation** : honoraires médicaux ou chirurgicaux, frais de séjour, forfait journalier illimité, chambre particulière, transport

✔ **Soins courants** : consultations, visites médecins, honoraires médicaux, pharmacie, vaccins, analyses médicales, examens radiologiques, auxiliaires médicaux, soins à l'étranger, cures thermales remboursées par la sécurité sociale

✔ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, actes non remboursés par la sécurité sociale (dent provisoire, rebasage, orthodontie adulte, implant, hors parodontologie)

✔ **Frais optiques** : lunettes (monture + verres), lentilles, chirurgie oculaire (glaucome, DMLA hors complément alimentaire, cataracte)

✔ **Dispositifs médicaux** : prothèses auditives, prothèse capillaire, prothèses mammaires, orthopédie, petit appareillage

✔ **Prévention/bien-être** : ostéodensitométrie, médecines alternatives, consultations pédicure, podologue non remboursées par la sécurité sociale

LES GARANTIES OPTIONNELLES

3 renforts pour une prise en charge optimale :

✔ Dépassements d'honoraires et hospitalisation

✔ Dentaires, optiques et auditifs

✔ Prévention et bien-être

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

✔ Actions prévention santé

✔ Fonds de secours

✔ Réseau de soins

✔ Tiers payant national

✔ Télétransmission selon régime (NOEMIE)

✔ Application mobile

✔ Espace web personnalisé

✔ Bulletin d'information trimestriel Réciproque

✔ Newsletter mensuelle

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

✔ Filassistance : assistance santé et vie quotidienne 24 heures/24 - 7 jours/7

Les garanties précédées d'une coche ✔ sont systématiquement prévues à la couverture.



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✘ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✘ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✘ Les remboursements des dépenses de soins pour les personnes résidents à l'étranger non couvertes par la Sécurité Sociale
- ✘ La minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)
- ✘ Les franchises médicales prévues à l'article L130-13 II du code de la Sécurité Sociale relatives aux médicaments, aux actes paramédicaux et au transport sanitaire



Y'A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

Ne sont pas pris en charge dans le cadre de la garantie :

- ! Les dépassements d'honoraires et soins hors nomenclature sauf si prévu au contrat
- ! Les séjours en maison de retraite et assimilés
- ! Les soins esthétiques et la thalassothérapie
- ! Les accidents scolaires, les accidents de travail et ceux causés par un tiers responsable ou par un sport pratiqué sous licence sportive

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation (honoraires médicaux)** : le plafonnement des dépassements d'honoraires est limité à 200% BRSS*
- ! **Forfait journalier** : frais réel hors MCO** limité à 50 jours par an
- ! **Chambre particulière** : forfait de 80€ par jour dans la limite de 80 jours par an en MCO et 60€ par jour dans la limite de 60 jours par an hors MCO
- ! **Optique** : forfait annuel verres et monture limité à 175€ (enfant -18 ans) et 350€ (adulte)
- ! **Prothèses dentaires** : prise en charge limitée à 300% BRSS plafonnée à 2000€ la 1^{ère} année et 4000€ dès la 2^{ème} année
- ! **Prothèses auditives** : forfait annuel de 600€ par prothèse (limité à 2 prothèses par an)
- ! **Médecines alternatives** : 4 séances par an et par bénéficiaire dans la limite de 40€ par séance

AUTRES RESTRICTIONS PRÉVUES AU CONTRAT

- ! **Fonds de secours** : voir conditions dans le règlement mutualiste
- ! **Filassistance** : voir conditions dans les documents pré contractuels

* BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

** MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique)



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ Remboursement des soins : en France Métropolitaine, DROM-COM (Département d'Outre-Mer, Collectivités d'Outre-Mer) et Nouvelle Calédonie et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur le tarif de convention du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Réseau de soins : en France Métropolitaine et DROM-COM.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de nullité du contrat ou de non garantie, l'adhérent devra :

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Régler la cotisation (selon la périodicité choisie) indiquée sur l'échéancier de paiement.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins,
- Informer la Mutuelle, par courrier, email ou via l'espace web personnalisé, dès la survenance de l'un des événements suivants : changement d'adresse, N°INSEE, mariage, naissance, etc.
- Régler la cotisation (selon la périodicité choisie) indiquée sur l'échéancier de paiement.

En cas de résiliation du contrat :

- Restituer la carte d'adhérent



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- ✓ Les cotisations sont exprimées en euros, s'entendent TTC et sont payables d'avance, par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'adhérent selon une échéance et des dates laissées au choix de l'adhérent : mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle à échéances du : 5, 10, 15, 20, 25 ou 30. Il ne peut être effectué de prélèvement sur les comptes d'épargne.
- ✓ Il appartient à l'adhérent n'ayant pas opté pour un prélèvement automatique de verser lui-même ses cotisations en début d'échéance, sans attendre de rappel. Les paiements par chèques ou virements sont autorisés uniquement pour les règlements de cotisations à échéance trimestrielle, semestrielle ou annuelle et doivent être effectués par avance, avant le 10 de la périodicité choisie.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion.

- Soit le 1^{er} jour du mois suivant la signature de celui-ci ou le 1^{er} jour d'un mois postérieur, le cas échéant,
- Soit le 1^{er} jour du mois qui suit la date mentionnée sur le certificat de radiation de la précédente mutuelle de l'adhérent, cette radiation devant être effective depuis moins de 3 mois.

Toutefois, la date d'effet d'ouverture de droit à la prestation hospitalisation est reportée à un délai d'attente de 6 mois si vous êtes hospitalisé au 1^{er} jour de l'adhésion.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

- à votre initiative : cf. le paragraphe ci-après,
- à l'initiative de la mutuelle : en cas d'atteinte portée aux intérêts de la mutuelle et en cas de défaut de paiement de cotisation.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Le contrat est résiliable dans les cas et conditions prévus au contrat :

- Le membre participant peut résilier son contrat au 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique avec un préavis de deux mois, soit au plus tard le 31 octobre.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis en nous adressant une lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique.
- En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, le membre participant devra joindre l'attestation nominative de son employeur imposant son affiliation obligatoire à un autre organisme. La résiliation prendra effet à la fin du mois suivant la réception de l'ensemble des pièces et sous réserve qu'il soit à jour de ses cotisations.
- A réception de l'avis d'échéance annuel de cotisation conformément à l'article L221-10-1 du code de la mutualité, en nous adressant une lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi recommandé électronique dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification.