

garantie MAXIMAL

2022

		Remboursement Sécurité Sociale*	Remboursement MOS*	Sécurité Sociale + MOS*
HOSPITALISATIONS				
Honoraires médicaux, anesthésie péridurale	Médecin OPTAM**	80%	TM + 100%	200%
	Médecin hors OPTAM**	80%	TM + 80%	180%
Frais de séjour		80%	TM + 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (1)		–	100%	100%
Chambre particulière, par jour (2)		OUI ou NON	50 €	50 €
Personne accompagnante, par jour (enfant de moins de 16 ans)		–	30 €	30 €
ACTES MÉDICAUX				
Consultation, visite, médecins généralistes	Médecin OPTAM et hors OPTAM**	70%	TM	100%
	Médecin OPTAM**	70%	TM + 50%	150%
Consultation, visite, médecins spécialistes	Médecin hors OPTAM**	70%	TM + 30%	130%
	Médecin OPTAM**	70%	TM + 50%	150%
Actes techniques, radiologie	Médecin hors OPTAM**	70%	TM + 30%	130%
	Médecin OPTAM**	70%	TM + 50%	150%
Auxiliaires médicaux, analyses		60%	40%	100%
Consultation d'ostéopathie (3)		OUI ou NON	30 € / séance	30 € / séance
Consultation de pédicurie/podologie (3)		OUI ou NON	30 € / séance	30 € / séance
Participation forfaitaire sur les actes >= 120 €		–	Frais réels	Frais réels
MATÉRIEL MÉDICAL				
Chaussures et semelles orthopédiques, prothèse mammaire, capillaire (7)		60%	TM + 160%	260%
Autre 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 (4) (5)		–	200 €	200 €
Vaccin anti-grippe		–	50% de la dépense	50% de la dépense

DENTAIRE					
100% santé	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 (6)	70%	TM + 200%	300%		
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire et ne relevant pas du dispositif 100% santé	70%	TM + 150%	250%		
Implant ne relevant pas du dispositif 100% santé (4)	-	250 €	250 €		
OPTIQUE (voir grille ci-dessous)					
100% santé	Verres ou monture 100% santé tels que définis réglementairement (Respect des Prix Limites de Vente pour les verres et/ou monture de classe A) (7)				
	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 isoconiques)		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) (7)					
Bénéficiaires - 16 ans	Monture	60%	80 € (remb SS inclus)	80 €	
	Verres	60%	voir grille optique (TM inclus)	60% + (voir grille optique)	
Bénéficiaires 16 ans et +	Monture	60%	100 € (remb SS inclus)	100 €	
	Verres	60%	voir grille optique (TM inclus)	60% + (voir grille optique)	
Autres					
Lentilles cornéennes (par an) (4)		-	200 € (TM inclus)	200 €	
Chirurgie correctrice de la vue (par œil)		-	153 €	153 €	
AIDE AUDITIVE					
100% santé	Équipements 100% santé : Tels que définis réglementairement (Équipement 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)				
	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) (9)		60%	TM + 915 €	100% + 915 €	
TRANSPORTS					
		65%	35%	100%	
CURE THERMALE (8)					
		65%	TM + 100 €	100% + 100€	
ACTES DE PRÉVENTION (déterminés par arrêté du 8 juin 2006)					
		OUI ou NON	TM	100%	
Prévention Santé Senior (ateliers mémoire, équilibre, alimentation, médicaments)		-	10 € par atelier	10 € par atelier	
Forfait installation Télé Assistance		-	60 €	60 €	
PRIME NAISSANCE OU ADOPTION (par enfant inscrit)					
		-	153 €	153 €	
ASSISTANCE À DOMICILE (10)					
		-	OUI	OUI	
CAPITAL DÉCÈS (11)					
		-	763 €	763 €	

GRILLE OPTIQUE

Enfants (-16 ans)		Adultes (16 ans et +)	
VERRE SIMPLE (c)	80 €	VERRE SIMPLE (c)	110 €
VERRE COMPLEXE (c)	155 €	VERRE COMPLEXE (c)	200 €
VERRE TRÈS COMPLEXE (c)	200 €	VERRE TRÈS COMPLEXE (c)	255 €

⁽¹⁾ 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/an en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), établissements médico-sociaux et maison de repos. (2) Dans la limite de 60 jours par année civile. Exclut en cure médicale et établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD). (3) 3 forfaits maximum pour l'ostéopathie (le praticien doit détenir les diplômes requis et être enregistré dans le répertoire agréé de type ADEL, RPPS OU SIRET) et 1 forfait maximum pour la pédicurie / podologie, par année civile / bénéficiaire. (4) Forfait maximum par année civile / bénéficiaire. (5) Remboursement si médicalement prescrit. (6) Dans la limite de 1 000 € par année civile/bénéficiaire. (7) 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. (8) Remboursement mutuel sur présentation du décompte de remboursement Sécurité Sociale de l'hébergement et/ou du transport. (9) Remboursement d'un forfait par oreille / bénéficiaire tous les 4 ans. (10) Contrat mis en oeuvre par RMA (Ressources Mutuelles Assistance), 44124 Vertou. (11) 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 pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement Mutuelle MOS	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
HOSPITALISATION						
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 €	83,30 €	0,00 €		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 €	159,30 €	0,00 €		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 €	50,00 €	5,00 €	Dans la limite de 60 jours par année civile dans le cadre d'une hospitalisation	Par jour d'hospitalisation
OPTIQUE						
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 €	319,97 €	24,94 €	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 €	499,97 €	114,94 €	Pour un adulte (16 ans et +) hors tarif négocié dans le réseau Kalixia	Prix donné à titre d'exemple
DENTAIRE						
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 €	276,00 €	178,70 €	Plafond de 1 300 € par année civile/bénéficiaire	Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	247,25 €	216,20 €	Plafond de 1 300 € par année civile/bénéficiaire	Prix moyen national de l'acte
Orthodontie	600,00 €	193,50 €	290,25 €	116,25 €	Tarif par semestre	Prix donné à titre d'exemple
Implant	700,00 €	0,00 €	250,00 €	450,00 €	Forfait annuel	Prix donné à titre d'exemple
EXEMPLES LIBRES						
Ostéopathe	55,00 €	0,00 €	30,00 €	25,00 €	Dans la limite de 3 séances par année civile	Prix d'une consultation donné à titre indicatif
AIDES AUDITIVES						
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 €	1 075,00 €	161,00 €	Hors tarif négocié dans le réseau Kalixia	Prix moyen national de l'acte
SOINS COURANTS						
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 €	23,00 €	1,00 €		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 €	13,80 €	27,10 €		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 MAXIMAL



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 MAXIMAL » 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, anesthésie péridurale, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, personne accompagnante (enfant de moins de 16 ans).
- ✓ **Actes médicaux** : Consultation et visite de médecins généralistes / spécialistes, actes techniques, radiologie, auxiliaires médicaux, analyses, consultation d'ostéopathie, consultation de pédicurie/podologie, participation forfaitaire sur les actes ≥ 120 €
- ✓ **Matériel médical** : chaussures et semelles orthopédiques, prothèse mammaire, capillaire, autre matériel médical remboursé par le régime obligatoire.
- ✓ **Pharmacie** : Vignettes bleues et blanches, contraception non remboursable, vaccin anti grippe,
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires remboursés par le régime obligatoire, orthodontie remboursée par le régime obligatoire, implant
- ✓ **Optique** : Lunette (monture et verres). Lentilles cornéennes, chirurgie correctrice de la vue
- ✓ **Aide Auditive**
- ✓ **Cure thermique**
- ✓ **Transports**

Les autres prestations

- ✓ Prime naissance ou adoption (enfant inscrit)
- ✓ Capital décès
- ✓ Actes de prévention (selon arrêté du 8 juin 2006)
- ✓ Prévention Santé Senior (Atelier mémoire, équilibre, alimentation, médicaments), forfait installation Télé Assistance.

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 en cure médicale et en EHPAD



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
- ! **Chambre particulière** : dans la limite de 60 jours par année civile
- ! **Personne accompagnante** : uniquement pour les enfants de moins de 16 ans
- ! **Médecines douces** : Maxi 3 séances/année civile d'ostéopathie, et 1 séance de pédicurie/podologie ; le praticien doit détenir les diplômes requis et être enregistré dans le répertoire agréé de type ADELI / RPPS
- ! **Pharmacie** : pas de remboursement des vignettes orange
- ! **Contraception** : forfait maximum par année civile ; remboursement si médicalement prescrit
- ! **Prothèse dentaire remboursée par le RO (hors 100% santé)** : forfait maximum 1 300 euros par an
- ! **Optique** : limitée 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^{er} 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^{er} du jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.