

Votre courtier en assurances est
MUTUALIB
10 rue de Villiers
92300 LEVALLOIS-PERRET
0666095858
adrienmillet@mutualib.fr
 ORIAS n° **21002170**

Votre assureur par délégation est **ActuData**
 TSA 86933 - 95144 GROSLAY cedex
 0666095858
 production@actudata.fr
 ORIAS n° 16006094



Vos garanties représentant notre solution correspondant à vos besoins et exigences

HOSPITALISATION CHIRURGICALE

y compris chirurgicale, maternité, à domicile, en établissements et unités spécialisés (1)

Niveau 3

Frais de séjour (2)	
En secteur conventionné	Frais réels
En secteur non conventionné	100%
Honoraires	
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - 1ère année	150%
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - 2ème année	160%
Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - 3ème année et suivantes	170%
Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130%
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors chirurgie dentaire) en établissement non conventionnés	100%
Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné (4)	
1ère année	45€
2ème année	50€
3ème année et suivantes	55€
Séjour accompagnant (maximum 15 jours par an)	À partir de la deuxième année 15€/jour
Forfait journalier hospitalier (3)	Frais réels
Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision, etc. maxi 15 jours par an)	À partir de la deuxième année 5€/jour
Médecine naturelle : ostéopathe, pédicure, podologue, étio-pathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, mésothérapeute, réflexologue, diététicien, nutritionniste (Maximum par an)	20€
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)	100%
Prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio)	100%
Hospitalisation à domicile	100%
Forfait journalier hospitalier en établissement non conventionnés	100%

SOINS COURANTS

Après d'un professionnel conventionné ou non

Niveau 3

Honoraires médicaux Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie	
Praticiens adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	
Consultation de médecins généralistes	125%
Consultation de médecins spécialistes	125%
Imagerie médicale	100%
Actes de techniques médicaux (ATM)	100%
Praticiens non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	
Consultation de médecins généralistes	100%
Consultation de médecins spécialistes	100%
Imagerie médicale	100%
Actes de techniques médicaux (ATM)	100%
Honoraires paramédicaux	100%
Analyses et examens de laboratoires	100%
Transport (sauf cures thermales)	100%
Médicaments pris en charge par le régime de base	100%
Médicaments non pris en charge par le régime de base	-
Forfait annuel pour petit appareillage	-

OPTIQUE ÉQUIPEMENT

Équipement composé de 2 verres et d'une monture - monture dans la limite de 100 €

Niveau 3

Offre 100 % santé - Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements	remboursement intégral
Verres simples et monture	
1ère année	100€
2ème année	125€
3ème année et suivantes	150€
Verres complexes et monture	
1ère année	200€
2ème année	225€
3ème année et suivantes	250€
Verres très complexes et monture	
1ère année	200€
2ème année	225€
3ème année et suivantes	250€
1 verre simple + 1 verre complexe	
1ère année	125€
2ème année	150€
3ème année et suivantes	175€
1 verre simple + 1 verre très complexe	
1ère année	125€
2ème année	150€
3ème année et suivantes	175€
1 verre complexe + 1 verre très complexe	
1ère année	200€
2ème année	225€
3ème année et suivantes	250€
Forfait annuel pour lentilles prescrites prises en charge ou non par le RB (6)	100% + 100€

AIDE AUDITIVE

Niveau 3

Équipement 100% SANTE Prothèses Auditives** - Zéro reste à charge sur une sélection d'équipements	remboursement intégral
Appareillages et prothèses auditives*** prises en charge par le régime de base	100%
Forfait annuel appareil auditif (hors 100% santé)	-
** Classe I = Panier 100% santé disponible depuis le 01/01/2021 *** Classe II = Panier libre dans la limite des appareils pris en charge par le RB	

ActuData SAS de courtage au capital de 20 000 euros. Siège social 205 AV GEORGES CLEMENCEAU 92000 NANTERRE. Tel : 01 85 11 05 81
 RCS de Nanterre B 812 893 295. N° ORIAS : 16006094 (<https://www.orias.fr>) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière (articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances)

Sous le contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (<https://acpr.banque-france.fr>)
 Exerce son activité selon les dispositions de l'article L 512-2, II, b du Code des assurances, la liste des assureurs partenaires est disponible sur demande

Réclamation : Service réclamation, TSA 86933 - 95144 GROSLAY cedex

Médiation : Dans le cas où le service réclamation ne vous aurait pas apporté de réponse satisfaisante, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :
 La Médiation de l'Assurance, Pole CSCA, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09 ou le.mediateur@mediation-assurance.org

Vos garanties

DENTAIRE		Niveau 3
Soins et prothèses du panier 100 % Santé*	remboursement intégral	
Soins (dont Inlays, onlays, scellement des sillons) (hors panier de soins 100% santé)	100%	
Dentaire non pris en charge par le RB (implants non pris en charge, orthodontie pour adulte)	-	
Orthodontie prises en charge par le régime de base		
1ère année	125%	
2ème année	140%	
3ème année et suivantes	175%	
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie pris en charge par le RB (hors panier de soins 100% santé)		
1ère année	140%	
2ème année	150%	
3ème année et suivantes	175%	
Plafonds de remboursement annuel (hors soins) incluant les montants remboursés dans le panier 100 % Santé	800€	
Plafonds de remboursement annuel (hors soins) incluant les montants remboursés dans le panier 100 % Santé - À partir de la 2ème année	1000€	
Plafonds de remboursement annuel (hors soins) incluant les montants remboursés dans le panier 100 % Santé - À partir de la 3ème année	1300€	

CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LE RB		Niveau 3
Honoraires conventionnés	100%	
Honoraires hors convention	-	
Frais d'établissement	-	
Transport et hébergement (par an)	-	

SERVICES OFFERTS		Niveau 3
Tiers payant	Offert	
Assistance	Offert	
Automatisation des remboursements	Offert	

Les tableaux de prestations comprennent le remboursement du Régime de Base et sont exprimés en % de la base de remboursement des Régimes de Base (RB).

Les forfaits exprimés en euros comprennent le remboursement du Régime de Base d'assurance maladie, par assuré. OPTAM / OPTAM CO : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique. Certains médecins/praticiens ont signé un contrat favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

(1) Pendant les 30 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.

(2) Limité à hauteur de la garantie pendant une durée déterminée (10 jours par an et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, 30 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR), unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées) puis réduite à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, par an et par assuré.

(3) Illimité. Exclu pour les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

(4) Durée limitée à 30 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique et pour les séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence ou de rééducation...) consécutifs à une hospitalisation. SONT EXCLUS de la garantie : les séjours en gérontologie, l'hospitalisation ambulatoire, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicosociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).

(5) Les forfaits indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'effet du contrat. En outre, la prise en charge de la monture est limitée à 100€ (hors Classe A). Corrections visuelles (définition contrat responsable) : Définitions de la correction : Correction simple : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries Correction complexe : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries Correction très complexe : - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(6) Sur la formule 1 seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement.