

Prestations⁽¹⁾ du contrat collectif à adhésion obligatoire (SOCLE) au 01/01/2018

Les garanties ci-dessous s'entendent sous déduction des prestations versées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale et respectent le cahier des charges des contrats responsables définis aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité sociale et les obligations prévues à l'article L. 911-7 du code de la Sécurité sociale relatif au panier de soins minimum prévu par l'article 1 de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

Les prestations mentionnées au titre des Renforts intègrent celles du Socle.

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE ⁽²⁾

		S6
• Frais de séjours	ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS	Frais réels
	ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS	200%
• Actes en secteur Hospitalier, honoraires chirurgicaux	MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM/OPTAM-CO	400%
	Chirurgie, Anesthésie, Réanimation	MÉDECINS NON ADHÉRENTS OPTAM/OPTAM-CO 200%
• Chambre particulière Hors ambulatoire	Maladie, Chirurgie, Maternité	DURÉE ILLIMITÉE 85 €/jour
	Réadaptation fonctionnelle, Rééducation, Moyens séjours, Cures, Convalescence, Psychiatrie	DURÉE LIMITÉE À 60 JOURS/AN 80 €/jour
• Forfait Journalier Hospitalier		Frais réels
• Frais de transport si acceptés par le Régime Obligatoire		150%
• Frais d'accompagnement Conjoint, Ascendants, Descendants		1,50% PMSS / jour
• Forfait naissance ou adoption	PAR ENFANT	300 €
MÉDECINE DE VILLE		
• Honoraires médicaux - Consultations Visites - Actes de spécialités (ATM)	MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM/OPTAM-CO	350%
	Généralistes, Spécialistes, Professeurs	
	Majoration pour frais de déplacement	MÉDECINS NON ADHÉRENTS OPTAM/OPTAM-CO 200%
	Actes de nuit ou le dimanche - Soins d'urgence	
• Radiologie	Scanographie, mammographie, IRM, échographie, électrocardiographie, scintigraphie...	MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM/OPTAM-CO 350%
		MÉDECINS NON ADHÉRENTS OPTAM/OPTAM-CO 200%
• Frais pharmaceutiques, vaccins et homéopathie remboursables par le Régime Obligatoire	REMBOURSÉS À 65 %	100%
	REMBOURSÉS À 30 %	100%
	REMBOURSÉS À 15 %	100%
• Auxiliaires Médicaux Orthophonistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes		350%
• Analyse - Actes de Biologie		350%
• Fournitures et accessoires remboursés par le Régime Obligatoire		100%

MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION

• Cures thermales prises en charge par le Régime Obligatoire Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement	PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE	100% + forfait 400 €
• Médecines Douces (consultations non remboursées par le RO) Ostéopathie, éthiopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, pédicure, diététicien	PRISE EN CHARGE 30 €/CONSULTATION	180 €
• Actes de Prévention remboursés par le Régime Obligatoire		100%
• Dépistage et Prévention non remboursés par le RO se reporter aux conditions générales : Vaccin anti-grippe Vaccins prescrits non remboursés par le RO Vaccins recommandés aux voyageurs (fièvres jaune, rage, typhoïde, hépatite A, méningite à méningocoques...) Traitement antipaludéen pour les voyages Substituts nicotiniques pour arrêter de fumer (en complément de la Sécurité sociale) Médicaments de l'ostéoporose Matériel de surveillance d'hypertension homologués AFSSAPS	PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE	150 €/an/benéf
• Forfait contraception tous moyens de contraception prescrits, non remboursés par le RO		3,10% PMSS

		S6
DENTAIRE		
• Soins remboursables par le Régime Obligatoire		150%
• Prothèses dentaires et Orthodontie remboursables par le Régime Obligatoire dont piliers de bridge-inlays et onlays et inlays-cores		400%
• Dentaire non remboursable par le Régime Obligatoire Prothèses dentaires, orthodontie, Implants, Parodontologie	PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE	600 €
OPTIQUE		
Un équipement (2 verres + 1 monture) par an pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement lié à une évolution de la vue. Un équipement tous les 2 ans dans les autres cas/ (se reporter aux conditions générales du contrat)		
• Equipement Monture ⁽³⁾ + 2 Verres simples ⁽⁴⁾		450 €
• Equipement Monture ⁽³⁾ + 2 Verres complexes ⁽⁵⁾		700 €
• Equipement Monture ⁽³⁾ + 2 Verres très complexes ⁽⁶⁾		800 €
• Equipement Monture ⁽³⁾ + 1 Verre simple + 1 Verre complexe		575 €
• Equipement Monture ⁽³⁾ + 1 Verre simple + 1 Verre très complexe		625 €
• Equipement Monture ⁽³⁾ + 1 Verre complexe + 1 Verre très complexe		750 €
• Lentilles ⁽⁷⁾ remboursables par le Régime Obligatoire	PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE	100% + 10% PMSS
• Lentilles ⁽⁷⁾ non remboursables par le Régime Obligatoire	PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE	10% PMSS
• Chirurgie corrective ou réfractive non remboursable par le Régime Obligatoire Myopie, Hypermétropie, Astigmatisme, Presbytie	PAR OEIL / PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE	600 €
APPAREILLAGE		
• Prothèses auditives remboursables par le Régime Obligatoire		315% + forfait 200€/an
• Orthopédie et prothèses diverses remboursables par le Régime Obligatoire		300%

Garanties soutien «coup dur»

Service «MesDocteurs»: des médecins généralistes interviennent et des spécialistes à votre écoute sur simple appel téléphonique ou via Internet. MesDocteurs est habilité à délivrer des ordonnances électroniques.

Protection Juridique Médicale
en cas de litige avec un professionnel de santé ou un établissement de soins (maximum 20 000 € TTC par litige en France, DROM, UE, Monaco, Suisse, Andorre).

Inclus dans les socles

La garantie assistance intervient en cas d'immobilisation, d'hospitalisation y compris programmée, et de chirurgie ambulatoire, suite à maladie, accident, maternité ou maladies redoutées: aide ménagères, garde des enfants, garde d'animaux. Elle intervient également en conseils à toutes les étapes de la vie: conseil social, juridique, perte d'emploi, retraite, décès...

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro. Les forfaits (hors Optique) sont valables par an et par bénéficiaire à compter de la date d'effet du contrat, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins de secteur 2 et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

(1) Extraits des conditions générales, se conformer aux conditions générales annexées au bulletin d'adhésion. (2) Si hospitalisation supérieure à 5 jours, prise en charge des frais de TV dans la limite de 20 jours par séjour, sur présentation de la facture acquittée et du bulletin d'hospitalisation à adresser à Apivia Mutuelle. (3) Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 précisant les modalités de prise en charge que les contrats doivent respecter pour être qualifiés de responsable; le montant de prise en charge des montures ne peut excéder 150 € maximum de l'équipement complet. Dans le cadre de ce contrat, le forfait monture est pris en charge niveau 1: maxi 25 € - niveau 2: maxi 80 € - niveau 3: maxi 100 € - niveau 4: maxi 150 € - niveau 5: maxi 150 € - niveau 6: maxi 150 €. (4) Verres simples: avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 et cylindre ≤ +4,00. Dans le cadre de ce contrat, la prise en charge est effectuée par verre: niveau 1: maxi 37,5 € - niveau 2: maxi 65 € - niveau 3: maxi 65 € - niveau 4: maxi 65 € - niveau 5: maxi 80 € - niveau 6: maxi 150 €. (5) Verres complexes: Verres Simples avec sphère hors zone -6,00 et +6,00 ou cylindre > +4,00 ou Verres sphériques avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 ou Verres sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8,00 et +8,00. Dans le cadre de ce contrat, la prise en charge est effectuée par verre: niveau 1: maxi 87,5 € - niveau 2: maxi 95 € - niveau 3: maxi 110 € - niveau 4: maxi 125 € - niveau 5: maxi 160 € - niveau 6: maxi 275 €. (6) Verres très complexes: Verres sphériques avec sphère hors zone -4,00 et +4,00 ou Verres sphéro-cylindriques avec sphère hors zone -8,00 et +8,00. Dans le cadre de ce contrat, la prise en charge est effectuée par verre: niveau 1: maxi 87,5 € - niveau 2: maxi 145 € - niveau 3: maxi 145 € - niveau 4: maxi 250 € - niveau 5: maxi 315 € - niveau 6: maxi 325 €. (7) Les forfaits lentilles remboursés et non remboursés ne sont pas cumulables.

L'offre MUTUELLE Entreprise Santé Plus dont la gestion a été confiée à Apivia Santé, SAS au capital de 1 500 000 euros, RCS Poitiers B 391 897 261, ORIAS 070 019 262 dont le siège social se situe 7 rue Saint Jacques, 86108 Châtelleraut Cedex, est assurée par Apivia Mutuelle - 45-49 avenue Jean Moulin - 17034 La Rochelle Cedex 1 - Mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité, inscrite sous le numéro SIREN 775 709 710. Exercent sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Tailbout, 75436 Paris Cedex 09. Les garanties annexes portées au contrat sont assurées auprès d'autres assureurs dont les mentions légales sont annexées aux conditions générales de l'offre MUTUELLE Entreprise Santé Plus.