



Garanties

HOSPI

Gamme Essentielle



La garantie du contrat LA MUTUELLE DE MON VILLAGE «HOSPI» NE RESPECTENT PAS l'ensemble des conditions des contrats dits «responsables et solidaires» mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

	TAUX SÉCURITÉ SOCIALE	HOSPI
HOSPITALISATIONS MÉDICALES, CHIRURGICALES ET MATERNITÉ		
Forfait Journalier Hospitalier	X	Frais réels
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	80%/100%	200%
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	80%/100%	200%
Soins, Examens, Analyses, Frais de séjour, de salle, ...	80%/100%	200%
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES >120 €	X	Oui
Chambre Particulière limite à 60 jours/an/bénéficiaire (1)	X	80€ maxi
Frais d'accompagnement enfant moins 16 ans et les ayants droits de plus de 70 ans	X	35€ maxi
Transports	65%/100%	100%
• Hospitalisations services spécialisés :		
Frais de séjour	80%/100%	100%
Forfait Journalier	X	FR
Chambre Particulière limite à 30 jours/an (1)	X	70€ maxi
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES : NON REMBOURSÉES PAR LA CPAM(1)(3)**		
Certificat de non contre indication à la pratique d'un sport (3)	X	30€ maxi
• Assistance vie quotidienne (4)		
Aides ménagères en cas d'hospitalisation, services à la personne		Sur simple appel téléphonique inclut dans votre contrat
Acheminement médicaments, école à domicile, frais médicaux à l'étranger		
Assistance juridique, Médicale, Vie quotidienne...		

Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité Sociale. Les taux incluent le remboursement du Régime Obligatoire. SS : Sécurité Sociale

**Sur Présentation de facture acquittée

***Sur la base reconstituée d'un acte TO90 (193,50€)

« Les garanties «HOSPI» ne respectent pas les dispositions de l'article L871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits solidaires et responsables. Elles sont par conséquent soumises à taux de taxe sur les conventions d'assurance majorées et ne peuvent bénéficier des avantages sociaux et fiscaux attachés auxdits contrats. »

(1) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, à compter de sa propre date d'affiliation, à savoir à compter de la date de la prise d'effet du bulletin d'adhésion mentionnant ce bénéficiaire.

(2) : Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou à l'OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçants une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique) et prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5, sont limités doublement de la manière suivante : limite de 100% du tarif de responsabilité (125% pour les soins délivrés en 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO aux soins minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité.

(3) : Montant forfaitaire par acte et par an. Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord du Médecin Conseil.

(4) : Garantie assurée auprès de Garantie Assistance. SA au

capital de 1.850.000€, entreprise régie par le code des assurances, RCS Paris n°312.512.493, siège social 38 rue de la Bruyère 75009 PARIS.

«Souscripteur du contrat : MUT'COM, Association loi 1901, déclarée sous le N°W332020042. MUT'COM 78 rue Goya - 33000 Bordeaux.

La garantie frais de santé est gérée et garantie par la MUTUELLE D'ARGENSON, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 325 697 258 dont le siège social est 7, villa de Lourcine à PARIS (75014).

Mutuelle substituée auprès de la Mutuelle du Rempart - 1 rue d'Austerlitz - CS 27261 - 31072 Toulouse Cedex 6



Distributeur exclusif : Traditia, SARL au capital social de 161 528€, inscrite au registre de l'ORIAS sous le N° 500 233 150 dont le siège social est situé 127 rue Turenne à Bordeaux est le distributeur exclusif du produit « La Mutuelle Communale ». Elle exerce son activité en application de l'article L5201 II du code des assurances.»




Garanties ESSENTIELLE 100



Les garanties du contrat LA MUTUELLE DE MON VILLAGE respectent l'ensemble des conditions des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. Le contrat intègre donc la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée dit « 100% Santé ». La mise en place du dispositif sous ses divers aspects s'effectuera progressivement jusqu'en 2022. La prise en charge des dépenses d'optique, de dentaire, et d'audioprothèse prévues par le 100 % Santé* évoluera automatiquement en fonction de la réglementation et du calendrier défini par les pouvoirs publics.

	TAUX SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE 100
HOSPITALISATIONS MÉDICALES, CHIRURGICALES ET MATERNITÉ		
Forfait Journalier Hospitalier	X	Frais réels
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	80%/100%	120%
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	80%/100%	100%
Soins, Examens, Analyses, Frais de séjour, de salle, ...	80%/100%	100%
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES >120 €	X	100%
Chambre Particulière limite à 60 jours/an/bénéficiaire (1)	X	40€ maxi
Frais d'accompagnement enfant moins 16 ans et les ayants droits de plus de 70 ans	X	15€ maxi
Transports	65%/100%	100%
Chambre particulière ambulatoire		30€ maxi
Télévision / jour		X
• Hospitalisations services spécialisés (psychiatrie, soins de suites, réadaptation)		
Frais de séjour	80%/100%	100%
Forfait Journalier	X	100%
Chambre Particulière limite à 30 jours/an (1)	X	40€ maxi
DENTAIRE		
 • Soins et prothèses 100% Santé* à compter du 1er janvier 2020		
Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100€ santé* sans reste à charge pour l'assuré	70%	Remboursement intégral
• Équipement hors 100% Santé* : équipement entrant dans le cadre des paniers honoraires modérés ou libres		
Actes techniques, Chirurgie, Radiologie, Soins Dentaires et Parodontologie acceptées SS	70%	100%
Prothèses Dentaires et Implants dentaires acceptés SS	70%	100%
Orthodontie acceptée SS	70%/100%	100%
Prothèses provisoires non remboursées SS	X	75€ maxi
AUTRES PROTHÈSES		
Orthopédie et Appareillage acceptés SS	60%/100%	100%
Forfait Orthopédie, prothèses accessoires (acceptées ou non) (1), piles audioprothèses	60%/100%	100%
MALADIES - MÉDECINE COURANTE (dont soins externes)		
Infirmiers, Kinésithérapeutes, Biologie	60%/100%	100%
Pédicures, Orthoptistes, Orthophonistes	60%/100%	100%
Consultations, Visites, Généralistes et Actes de Spécialistes Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%/100%	100%
Consultations, Visites, Généralistes et Actes de Spécialistes Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%/100%	100%
Radiologie si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%/100%	100%
Radiologie si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%/100%	100%
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES >120 €	X	100%
Pharmacie	15%/30%/65%	100%
OPTIQUE (2)		
 • Équipement entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* à compter du 1er janvier 2020		
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A		Remboursement intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)		100€ maxi
• Équipement hors 100% Santé* : équipement entrant dans le cadre du panier libre		
Monture avec deux verres simples	60%	110€ maxi

	TAUX SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE 100
OU Monture avec un verre simple et un complexe	60%	135€ maxi
OU Monture avec un verre simple et un très complexe	60%	160€ maxi
OU Monture avec deux verres complexes	60%	210€ maxi
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe	60%	240€ maxi
OU Monture avec deux verres très complexe pour adulte	60%	280€ maxi
ET Lentilles acceptées SS	60%	80€ maxi
OU Lentilles cornéennes non remboursées SS	X	80€ maxi
CURES THERMALES ⁽⁴⁾		
Cure thermique	65%/70%	100%+80€
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES : NON REMBOURSÉES PAR LA CPAM** (dans la limite de votre forfait)		
Forfait global des prestations complémentaires par an et par bénéficiaire		75€ maxi
Acupuncture, Ostéopathie, Homéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Diététique, Nutrition, Sophrologie, Réflexologie, Psychologue, Pédicure	X	Inclus (2 séances maxi de 35€ par an et par bénéficiaire)
Parodontologie non remboursée	X	Inclus
Contraception orale (nouvelles générations)	X	Inclus
Automédication (limité à 20 € /an)	X	Inclus
Vaccins anti-grippe et vaccins non pris en charge	X	Inclus
Examen de densitomètre osseuse	X	Inclus
Médicament d'aide à l'arrêt du tabac y compris cigarette électronique (hors recharge)	Forfait Sécu annuel 150€	Maxi 50€ du forfait qui viendront se déduire de votre forfait global
Certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport ⁽⁵⁾	X	30€ maxi
PROTHÈSES AUDITIVES		
 • Équipement entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* à compter du 1er janvier 2021		
Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale de Classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé		Remboursement intégral
• Équipement hors 100% Santé		
Audioprothèses acceptées, piles	60%	100%
Audioprothèse non prise en charge SS	X	X
SERVICES COMPLÉMENTAIRES		
Assistance ⁽⁶⁾		Inclus



Garanties ESSENTIELLE 150



Les garanties du contrat LA MUTUELLE DE MON VILLAGE respectent l'ensemble des conditions des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

Le contrat intègre donc la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée dit « 100% Santé ». La mise en place du dispositif sous ses divers aspects s'effectuera progressivement jusqu'en 2022. La prise en charge des dépenses d'optique, de dentaire, et d'audioprothèse prévues par le 100 % Santé* évoluera automatiquement en fonction de la réglementation et du calendrier défini par les pouvoirs publics.

	TAUX SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE 150
HOSPITALISATIONS MÉDICALES, CHIRURGICALES ET MATERNITÉ		
Forfait Journalier Hospitalier	X	Frais réels
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	80%/100%	150%
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	80%/100%	120%
Soins, Examens, Analyses, Frais de séjour, de salle, ...	80%/100%	100%
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES >120 €	X	100%
Chambre Particulière limite à 60 jours/an/bénéficiaire (1)	X	60€ maxi
Frais d'accompagnement enfant moins 16 ans et les ayants droits de plus de 70 ans	X	20€ maxi
Transports	65%/100%	100%
Chambre particulière ambulatoire		40€ maxi
Télévision / jour		5€ maxi
• Hospitalisations services spécialisés (psychiatrie, soins de suites, réadaptation) :		
Frais de séjour	80%/100%	100%
Forfait Journalier	X	100%
Chambre Particulière limite à 30 jours/an (1)	X	60€ maxi
DENTAIRE		
• Soins et prothèses 100% Santé* à compter du 1er janvier 2020		
Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100€ santé* sans reste à charge pour l'assuré	70%	Remboursement intégral
• Équipement hors 100% Santé* : équipement entrant dans le cadre des paniers honoraires modérés ou libres		
Actes techniques, Chirurgie, Radiologie, Soins Dentaires et Parodontologie acceptées SS	70%	150%
Prothèses Dentaires et Implants dentaires acceptés SS	70%	100%+150€ maxi/dent
Orthodontie acceptée SS	70%/100%	100%+200€/semestre
Prothèses provisoires non remboursées SS	X	100€ maxi
Orthodontie refusée SS**	X	200€/semestre
Implants non pris en charge sécurité sociale	X	150€/implant
Plafond 1ère année et 2ème année hors soins et orthodontie		500€ maxi
Plafond à partir de la 3ème année hors soins et orthodontie		750€ maxi
AUTRES PROTHÈSES		
Orthopédie et Appareillage acceptés SS	60%/100%	150%
Forfait Orthopédie, prothèses accessoires (acceptées ou non) (1), piles audioprothèses	60%/100%	100€ maxi
MALADIES - MÉDECINE COURANTE (dont soins externes)		
Infirmiers, Kinésithérapeutes, Biologie	60%/100%	100%
Pédicures, Orthoptistes, Orthophonistes	60%/100%	120%
Consultations, Visites, Généralistes et Actes de Spécialistes Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%/100%	150%
Consultations, Visites, Généralistes et Actes de Spécialistes Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%/100%	120%
Radiologie si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%/100%	150%
Radiologie si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%/100%	120%
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES >120 €	X	100%
Pharmacie	15%/30%/65%	100%

OPTIQUE (2)



- Équipement entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* à compter du 1er janvier 2020

Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A		Remboursement intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)		100€ maxi
• Équipement hors 100% Santé* : équipement entrant dans le cadre du panier libre		
Monture avec deux verres simples	60%	150€ maxi
OU Monture avec un verre simple et un complexe	60%	170€ maxi
OU Monture avec un verre simple et un très complexe	60%	220€ maxi
OU Monture avec deux verres complexes	60%	250€ maxi
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe	60%	300€ maxi
OU Monture avec deux verres très complexe pour adulte	60%	330€ maxi
ET Lentilles acceptées SS	60%	120€ maxi
OU Lentilles cornéennes non remboursées SS	X	120€ maxi

CURES THERMALES (4)

Cure thermale	65%/70%	100€+120€
---------------	---------	-----------

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES : NON REMBOURSÉES PAR LA CPAM** (dans la limite de votre forfait)

Forfait global des prestations complémentaires par an et par bénéficiaire		150€ maxi
Acupuncture, Ostéopathie, Homéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Diététique, Nutrition, Sophrologie, Réflexologie, Psychologue, Pédicure	X	Inclus (3 séances maxi de 35€ par an et par bénéficiaire)
Parodontologie non remboursée	X	Inclus
Contraception orale (nouvelles générations)	X	Inclus
Automédication (limité à 20 € /an)	X	Inclus
Vaccins anti-grippe et vaccins non pris en charge	X	Inclus
Examen de densitomètre osseuse	X	Inclus
Médicament d'aide à l'arrêt du tabac y compris cigarette électronique (hors recharge)	Forfait Sécu annuel 150€	Maxi 50€ du forfait qui viendront se déduire de votre forfait global
Certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport (5)	X	30€ maxi

PROTHÈSES AUDITIVES



- Équipement entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* à compter du 1er janvier 2021

Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale de Classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé		Remboursement intégral
• Équipement hors 100% Santé		
Audioprothèses acceptées, piles	60%	100€+150€/oreille
Audioprothèse non prise en charge SS	X	150€/oreille

SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Assistance (6)		Inclus
----------------	--	--------




Garanties ESSENTIELLE 180



Les garanties du contrat LA MUTUELLE DE MON VILLAGE respectent l'ensemble des conditions des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

Le contrat intègre donc la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée dit « 100% Santé ». La mise en place du dispositif sous ses divers aspects s'effectuera progressivement jusqu'en 2022. La prise en charge des dépenses d'optique, de dentaire, et d'audioprothèse prévues par le 100 % Sante* évoluera automatiquement en fonction de la réglementation et du calendrier défini par les pouvoirs publics.

	TAUX SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE 180
HOSPITALISATIONS MÉDICALES, CHIRURGICALES ET MATERNITÉ		
Forfait Journalier Hospitalier	X	Frais réels
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	80%/100%	180%
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	80%/100%	150%
Soins, Examens, Analyses, Frais de séjour, de salle, ...	80%/100%	100%
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES > 120 €	X	100%
Chambre Particulière limite à 60 jours/an/bénéficiaire (1)	X	70€ maxi
Frais d'accompagnement enfant moins 16 ans et les ayants droits de plus de 70 ans	X	20€ maxi
Transports	65%/100%	100%
Chambre particulière ambulatoire		40€ maxi
Télévision / jour		8€ maxi
• Hospitalisations services spécialisés (psychiatrie, soins de suites, réadaptation) :		
Frais de séjour	80%/100%	100%
Forfait Journalier	X	100%
Chambre Particulière limite à 30 jours/an (1)	X	70€ maxi
DENTAIRE		
 • Soins et prothèses 100% Santé* à compter du 1er janvier 2020		
Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100€ santé* sans reste à charge pour l'assuré	70%	Remboursement intégral
• Équipement hors 100% Santé* : équipement entrant dans le cadre des paniers honoraires modérés ou libres		
Actes techniques, Chirurgie, Radiologie, Soins Dentaires et Parodontologie acceptées SS	70%	180%
Prothèses Dentaires et Implants dentaires acceptés SS	70%	100%+200€ maxi/dent
Orthodontie acceptée SS	70%/100%	100%+300€/semestre
Prothèses provisoires non remboursées SS	X	125€ maxi
Orthodontie refusée SS**	X	300€/semestre
Implants non pris en charge sécurité sociale	X	180€/implant
Plafond 1ère année et 2ème année hors soins et orthodontie		800€ maxi
Plafond à partir de la 3ème année hors soins et orthodontie		1 200€ maxi
AUTRES PROTHÈSES		
Orthopédie et Appareillage acceptés SS	60%/100%	180%
Forfait Orthopédie, prothèses accessoires (acceptées ou non) (1), piles audioprothèses	60%/100%	150€ maxi
MALADIES - MÉDECINE COURANTE (dont soins externes)		
Infirmiers, Kinésithérapeutes, Biologie	60%/100%	100%
Pédicures, Orthoptistes, Orthophonistes	60%/100%	150%
Consultations, Visites, Généralistes et Actes de Spécialistes Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%/100%	180%
Consultations, Visites, Généralistes et Actes de Spécialistes Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%/100%	150%
Radiologie si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%/100%	180%
Radiologie si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%/100%	150%
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES > 120 €	X	100%
Pharmacie	15%/30%/65%	100%

OPTIQUE (2)



- Équipement entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* à compter du 1er janvier 2020

Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A		Remboursement intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)		100€ maxi
• Équipement hors 100% Santé* : équipement entrant dans le cadre du panier libre		
Monture avec deux verres simples	60%	210€ maxi
OU Monture avec un verre simple et un complexe	60%	230€ maxi
OU Monture avec un verre simple et un très complexe	60%	260€ maxi
OU Monture avec deux verres complexes	60%	290€ maxi
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe	60%	320€ maxi
OU Monture avec deux verres très complexe pour adulte	60%	350€ maxi
ET Lentilles acceptées SS	60%	150€ maxi
OU Lentilles cornéennes non remboursées SS	X	150€ maxi

CURES THERMALES (4)

Cure thermique	65%/70%	100%+150€
----------------	---------	-----------

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES : NON REMBOURSÉES PAR LA CPAM** (dans la limite de votre forfait)

Forfait global des prestations complémentaires par an et par bénéficiaire		180€ maxi
Acupuncture, Ostéopathie, Homéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Diététique, Nutrition, Sophrologie, Réflexologie, Psychologue, Pédicure	X	Inclus (4 séances maxi de 35€ par an et par bénéficiaire)
Parodontologie non remboursée	X	Inclus
Contraception orale (nouvelles générations)	X	Inclus
Automédication (limité à 20 € /an)	X	Inclus
Vaccins anti-grippe et vaccins non pris en charge	X	Inclus
Examen de densitomètre osseuse	X	Inclus
Médicament d'aide à l'arrêt du tabac y compris cigarette électronique (hors recharge)	Forfait Sécu annuel 150€	Maxi 50€ du forfait qui viendront se déduire de votre forfait global
Certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport (5)	X	30€ maxi

PROTHÈSES AUDITIVES



- Équipement entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* à compter du 1er janvier 2021

Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale de Classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé		Remboursement intégral
• Équipement hors 100% Santé		
Audioprothèses acceptées, piles	60%	100%+180€/oreille
Audioprothèse non prise en charge SS	X	180€/oreille

SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Assistance (6)		Inclus
----------------	--	--------



Garanties ESSENTIELLE 220



Les garanties du contrat LA MUTUELLE DE MON VILLAGE respectent l'ensemble des conditions des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

Le contrat intègre donc la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée dit « 100% Santé ». La mise en place du dispositif sous ses divers aspects s'effectuera progressivement jusqu'en 2022. La prise en charge des dépenses d'optique, de dentaire, et d'audioprothèse prévues par le 100 % Santé* évoluera automatiquement en fonction de la réglementation et du calendrier défini par les pouvoirs publics.

	TAUX SÉCURITÉ SOCIALE	ESSENTIELLE 220
HOSPITALISATIONS MÉDICALES, CHIRURGICALES ET MATERNITÉ		
Forfait Journalier Hospitalier	X	Frais réels
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	80%/100%	220%
Honoraires, Chirurgiens, Anesthésistes Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	80%/100%	180%
Soins, Examens, Analyses, Frais de séjour, de salle, ...	80%/100%	100%
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES > 120 €	X	100%
Chambre Particulière limite à 60 jours/an/bénéficiaire (1)	X	80€ maxi
Frais d'accompagnement enfant moins 16 ans et les ayants droits de plus de 70 ans	X	20€ maxi
Transports	65%/100%	100%
Chambre particulière ambulatoire		40€ maxi
Télévision / jour		10€
• Hospitalisations services spécialisés (psychiatrie, soins de suites, réadaptation):		
Frais de séjour	80%/100%	100%
Forfait Journalier	X	100%
Chambre Particulière limite à 30 jours/an (1)	X	80€ maxi
DENTAIRE		
• Soins et prothèses 100% Santé* à compter du 1er janvier 2020		
Actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100€ santé* sans reste à charge pour l'assuré	70%	Remboursement intégral
• Équipement hors 100% Santé* : équipement entrant dans le cadre des paniers honoraires modérés ou libres		
Actes techniques, Chirurgie, Radiologie, Soins Dentaires et Parodontologie acceptées SS	70%	220%
Prothèses Dentaires et Implants dentaires acceptés SS	70%	100%+250€ maxi/dent
Orthodontie acceptée SS	70%/100%	100%+400€/semestre
Prothèses provisoires non remboursées SS	X	150€ maxi
Orthodontie refusée SS**	X	400€/semestre
Implants non pris en charge sécurité sociale	X	220€/implant
Plafond 1ère année et 2ème année hors soins et orthodontie		1 100€ maxi
Plafond à partir de la 3ème année hors soins et orthodontie		1 500€ maxi
AUTRES PROTHÈSES		
Orthopédie et Appareillage acceptés SS	60%/100%	220%
Forfait Orthopédie, prothèses accessoires (acceptées ou non) (1), piles audioprothèses	60%/100%	200€ maxi
MALADIES - MÉDECINE COURANTE (dont soins externes)		
Infirmiers, Kinésithérapeutes, Biologie	60%/100%	100%
Pédicures, Orthoptistes, Orthophonistes	60%/100%	170%
Consultations, Visites, Généralistes et Actes de Spécialistes Si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%/100%	220%
Consultations, Visites, Généralistes et Actes de Spécialistes Si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%/100%	180%
Radiologie si le médecin a adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO	70%/100%	200%
Radiologie si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO (3)	70%/100%	170%
PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 24 € SUR LES ACTES > 120 €	X	100%
Pharmacie	15%/30%/65%	100%

OPTIQUE (2)



- Équipement entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* à compter du 1er janvier 2020

Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A		Remboursement intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)		100€ maxi
• Équipement hors 100% Santé* : équipement entrant dans le cadre du panier libre		
Monture avec deux verres simples	60%	270€ maxi
OU Monture avec un verre simple et un complexe	60%	300€ maxi
OU Monture avec un verre simple et un très complexe	60%	330€ maxi
OU Monture avec deux verres complexes	60%	370€ maxi
OU Monture avec un verre complexe et un très complexe	60%	400€ maxi
OU Monture avec deux verres très complexe pour adulte	60%	430€ maxi
ET Lentilles acceptées SS	60%	200€ maxi
OU Lentilles cornéennes non remboursées SS	X	200€ maxi

CURES THERMALES (4)

Cure thermique	65%/70%	100%+200€
----------------	---------	-----------

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES : NON REMBOURSÉES PAR LA CPAM** (dans la limite de votre forfait)

Forfait global des prestations complémentaires par an et par bénéficiaire		220€ maxi
Acupuncture, Ostéopathie, Homéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Diététique, Nutrition, Sophrologie, Réflexologie, Psychologue, Pédicure	X	Inclus (5 séances maxi de 35€ par an et par bénéficiaire)
Parodontologie non remboursée	X	Inclus
Contraception orale (nouvelles générations)	X	Inclus
Automédication (limité à 20 € /an)	X	Inclus
Vaccins anti-grippe et vaccins non pris en charge	X	Inclus
Examen de densitomètre osseuse	X	Inclus
Médicament d'aide à l'arrêt du tabac y compris cigarette électronique (hors recharge)	Forfait Sécu annuel 150€	Maxi 50€ du forfait qui viendront se déduire de votre forfait global
Certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport (5)	X	30€ maxi

PROTHÈSES AUDITIVES



- Équipement entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* à compter du 1er janvier 2021

Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale de Classe 1 entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé		Remboursement intégral
• Équipement hors 100% Santé		
Audioprothèses acceptées, piles	60%	100%+200€/oreille
Audioprothèse non prise en charge SS	X	200€/oreille

SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Assistance (6)		Inclus
----------------	--	--------



Nos garanties sont exprimées en pourcentage du tarif de base de la Sécurité Sociale. Les taux incluent le remboursement du Régime Obligatoire.

* tel que défini par la réglementation

SS : Sécurité Sociale

** Sur Présentation de facture acquittée

*** Sur la base reconstituée d'un acte TO90 (193,50€)

« La garantie «HOSPI» ne respectent pas les dispositions de l'article L871-1 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats dits solidaires et responsables. Elles sont par conséquent soumises à taux de taxe sur les conventions d'assurance majorées et ne peuvent bénéficier des avantages sociaux et fiscaux attachés auxdits contrats.»

(1) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (1), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, à compter de sa propre date d'affiliation, à savoir à compter de la date de la prise d'effet du bulletin d'adhésion mentionnant ce bénéficiaire.

(2) : la mutuelle verse des forfaits pour chaque personne bénéficiant des prestations. Sauf exceptions prévues aux conditions particulières, les forfaits sont versés annuellement, selon l'échéance fixée par le contrat. Toutefois, dans la mesure où le montant du forfait n'est pas intégralement versé, le solde est reportable au cours de l'année, selon l'échéance fixée par la date d'affiliation de chaque bénéficiaire. Les forfaits sont versés suite à l'achat, au remplacement total ou partiel de l'appareillage, suite à une prescription médicale ou à une casse qu'il s'agisse de verres, monture ou lentilles cornéennes acceptées par la Sécurité Sociale ou suite à un contrôle de vue effectué par un opticien dans le respect des dispositions légales et réglementaires. Les lentilles cornéennes refusées par la Sécurité

Sociale sont remboursables dans la mesure où elles ont été prescrites médicalement y compris les lentilles cornéennes jetables. Sont exclus des remboursements les consommables d'entretien, les accessoires (étuis,

etc.), les appareillages antisolaires sans prescription médicale et/ou sans correction visuelle, les lentilles cornéennes colorées, ainsi que toute fourniture à but purement esthétique. Plus précisément, dans le cadre du respect des conditions des contrats dits «responsables et solidaires» mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

Le remboursement de la monture de classe A est plafonné à 30 €. Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €. Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale. Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur. Correction laser de la myopie : la mutuelle peut prendre en charge partiellement, si les conditions particulières le prévoient, les honoraires de chirurgie laser.

(3) : Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou à l'OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique) et prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5, sont limités doublement de la manière suivante : limite de 100% du tarif de responsabilité (125% pour les soins délivrés en 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO aux soins minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité.

(4) : Le forfait intègre le remboursement des frais de transport et d'hébergement acceptés ou non par le régime obligatoire, dès lors que la cure est remboursée par la Sécurité Sociale.

(5) : Montant forfaitaire par acte et par an. Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord du Médecin Conseil.

(6) : Garantie assurée auprès de Garantie Assistance. SA au capital de 1.850.000€, entreprise régie par le code des assurances, RCS Paris n°312.517.493, siège social 108 bureau de la Coline 92213 Saint-Cloud.

«Souscripteur du contrat : MUT'COM, Association loi 1901, déclarée sous le N°W332020042. MUT'COM 78 rue Goya - 33000 Bordeaux.
La garantie frais de santé est gérée et garantie par la MUTUELLE D'ARGENSON, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 325 697 258 dont le siège social est 7, villa de Lourcine à PARIS (75014).
Mutuelle substituée auprès de la Mutuelle du Rempart -1 rue d'Austerlitz - CS 27261 - 31072 Toulouse Cedex 6
Distributeur exclusif : Traditia, SARL au capital social de 161 528€, inscrite au registre de l'ORIAS sous le N° 500 233 150 dont le siège social est situé 127 rue Turenne à Bordeaux est le distributeur exclusif du produit « La Mutuelle Communale». Elle exerce son activité en application de l'article L5201 II du code des assurances.»