

Additif à la Notice d'Information

Régime Frais de Santé

Numéro de l'additif

N°097E0265001001

Souscrit par :

ASSOCIATION APRES FREESCALE

Objet de l'additif

Mise en conformité « Contrat Responsable »

Votre mutuelle en ligne : www.mutuelle-umc.fr
35 rue St Sabin – 75534 Paris Cedex 11
01-49-29-49-29

Définition des garanties

Les nouvelles garanties « frais de santé » dont vous bénéficiez à compter du 1er janvier 2016, figurent au tableau de garanties ci-après.

Dispositif contrat responsable et solidaire

Les garanties frais de santé du contrat souscrit par votre employeur s'appliquent dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux contrats dits « solidaires et responsables ».

A ce titre, elles prennent notamment en charge intégralement :

- le ticket modérateur des consultations du médecin traitant dont le tarif est prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale ;
- le ticket modérateur des frais de pharmacie exposés au titre de médicaments à service médical rendu majeur ou important ;
- le ticket modérateur des frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ;
- le ticket modérateur des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de Santé Publique, prévues à l'article R. 871-2 II du Code de la sécurité sociale et dont l'arrêté du 8 juin 2006, paru au Journal Officiel du 18 juin 2006, fixe la liste ;
- le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée pour tout séjour effectué dans un établissement de santé.

Dans tous les cas, les limitations de garanties ci-après s'appliquent :

Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au Contrat d'Accès au Soins (C.A.S.)

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au C.A.S., ne peut pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes :

- Limite 1 : La prise en charge est plafonnée à 100 % du tarif de responsabilité ;
- Limite 2 : Le montant de prise en charge des médecins adhérents au C.A.S., minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.

Prise en charge des équipements optiques

La prise en charge en optique est limitée à un équipement par période de deux ans. Pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, un équipement peut être remboursé tous les ans. Le point de départ qui détermine cette période de deux ans pour les adultes, d'un an pour les mineurs, et en cas d'évolution de la vue, est la date d'acquisition de l'équipement.

Prise en charge du forfait journalier lié à un séjour dans un établissement médico-social

Seul le forfait journalier hospitalier dans un établissement de santé est pris en charge sans limitation de durée. Les frais de forfait journalier liés à un séjour dans un établissement médico-social (tel que EHPAD, Maison d'accueil spécialisé) est pris en charge selon stipulation du tableau de garantie.

Ainsi que les exclusions suivantes :

- la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant ;
- la majoration du ticket modérateur applicable aux actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation (visée à l'article L.1115 du Code de la santé publique) au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;
- les franchises forfaitaires mentionnées au III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

Sans préjudice des obligations de garanties résultant de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables », sont exclus et ne donnent droit à aucun remboursement :

- Les frais occasionnés par un accident ou une maladie non prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie, sauf stipulation particulière de la garantie.
- Les frais de soins engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci.
- S'agissant des naissances : le versement d'une participation aux frais sous forme de prime consécutive à une naissance enregistrée dans un pays hors de l'Union Économique Européenne.
- S'agissant de la chirurgie esthétique non prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie, ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale par un chirurgien agréé : les pratiques du Botox, peeling, épilations lasers.
- S'agissant des contraceptions prescrites et non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie : les préservatifs masculins et féminins.
- S'agissant des lentilles, les frais inhérents à l'essai et l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires.

ASSOCIATION APRES FREESCALE

NATURE DES ACTES	Remboursement AMO (1)	COMPLEMENT et FORFAIT	TOTAL AMO (1) + MUTUELLE
Soins de ville			
Par un praticien adherent au CAS (2)			
- consultations, visites	70%	80%	150%
- actes techniques médicaux (ATM-ADC-ADA-ACO)	70%	80%	150%
- imagerie médicale (ADI-ADE)	70%	80%	150%
Par un praticien non adherent au CAS (2)			
- consultations, visites	70%	60%	130%
- actes techniques médicaux (ATM-ADC-ADA-ACO)	70%	60%	130%
- imagerie médicale (ADI-ADE)	70%	60%	130%
- participation forfaitaire sur les actes techniques lourds	-	oui	oui
- auxiliaires médicaux	60%	90%	150%
- pharmacie prise en charge par l'AMO (1)	15% / 30% / 65%	85% / 70% / 35%	100%
- biologie médicale	60%	90%	150%
- ostéopathie	-	120 € / An	120 € / An
- densitométrie osseuse	-	75 € / An	75 € / An
Appareillage			
- appareillage, acoustique, orthopédie	60% / 100%	40% / 0%	100% / 100%
+ forfait appareillage	-	230 €	230 €
- forfait piles d'appareils acoustiques, si remboursement AMO (1)	-	60 € / An	60 € / An
Optique			
limité à un remboursement pour un équipement (monture + 2 verres) et par période de 2 ans (1). période ramenée à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue pour les adultes (basée sur l'évolution de la correction)			
- optique	60%	40%	100%
+ forfait verres et montures (monture 150 € maximum) :			
- monture et deux verres simples, pris en charge par l'AMO (1) y compris TM (4)	-	210 €	210 €
- monture et deux verres complexes ou équipement mixte composé d'un verre complexe, pris en charge par l'AMO (1) y compris TM (4)	-	280 €	280 €
- monture et deux verres très complexes, ou équipement mixte composé d'un verres très complexe, pris en charge par l'AMO (1) y compris TM (4)	-	395 €	395 €
- lentilles sur prescription médicale acceptées ou refusées par l'AMO (1) y compris jetables	-	315 € / An	315 € / An
- chirurgie réfractive (par œil)	-	150 €	150 €
Dentaire			
Remboursable par l'AMO (1) :			
- soins dentaires (SDE-INO-END-AXI-TDS)	70%	80%	150%
- inlay et onlay (forfait supplémentaire par dent)	-	15 €	15 €
- prothèses dentaires (PAR-PAM-PFC-PFM-IMP-RPN-PDT-ICO)	70% / 100%	230% / 200%	300%
- orthodontie (TO-ORT)	70% / 100%	210% / 180%	280%
Non remboursable par l'AMO (1) :			
- prothèses dentaires (PFC-RPN)	-	247,25 € / Prothèse	247,25 € / Prothèse
- prothèses dentaires provisoires (PDT)	-	52,90 € / Dent	52,90 € / Dent
- actes dentaires, autres que prothèses dentaires (ATM)	-	140,30 € / An	140,30 € / An
- parodontologie (TDS)	-	460 € / An	460 € / An
- implant (IMP)	-	215 € / Implant	215 € / Implant
Hospitalisation médicale, chirurgicale ou psychiatrique dans un établissement de santé			
- dans un établissement public ou privé	80%	20%	100%
- participation forfaitaire sur les actes techniques lourds	-	oui	oui
- chambre particulière (50 jours par an)	-	70 €	70 €
- frais d'accompagnement (enfant - 16 ans et ascendant + de 70 ans inscrits)	-	30 €	30 €
- transport accepté par l'AMO (1)	65%	85%	150%
- forfait journalier hospitalier dans les établissements de santé (MCOO, SSR, PSY) illimité, sauf établissements médico sociaux (EMS) 90 jours par an	-	Frais Réels	Frais Réels
- dépassements en cas d'hospitalisation (frais de séjour-salle d'opération)	-	90% Frais réels	90% Frais réels
- dépassements honoraires médecin adherent au CAS (2)	-	90% Frais réels	90% Frais réels
- dépassements honoraires médecin non adherent au CAS (2) dans la limite de 100% BRSS	-	90% Frais réels	90% Frais réels
Obsèques			
- participation aux frais, en cas de décès d'un bénéficiaire	-	1 000 €	1 000 €
Autres prestations			
- assistance	-	oui	oui
- cure thermale acceptée par l'AMO (1)	65% / 70%	35% / 30%	100%
+ forfait	-	150 €	150 €
- vaccins sur prescription médicale non pris en charge par l'AMO (1)	-	15 €	15 €
- aide à domicile après prise en charge d'un organisme social	-	150 € / An	150 € / An
- maternité (par naissance ou adoption)	-	150 €	150 €
+ chambre particulière maternité (maximum 8 jours)	-	70 €	70 €
- traitement anti-tabac sur prescription médical	-	60 € / An	60 € / An

(1) : La période fixe est calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

(1) AMO = Assurance maladie Obligatoire - (2) CAS = Contrat d'Accès aux Soins
(3) BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale - (4) TM : Ticket Modérateur

Montants maximum de prise en charge du dépassement d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS (2) selon les 2 limites (non cumulatives) suivantes :
 limite 1 : 125% du tarif opposable (pour 2015 et 2016)
 limite 2 = montant pris en charge pour les dépassements des médecins adhérant au CAS minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable

Contrats supplémentaires : le montant s'entend y compris le remboursement déjà opéré par l'AMO ainsi que les garanties complémentaires souscrites qui avant la garantie prévue ci dessus et dans la limite des frais réellement engagés

Contrat Responsable

Les garanties répondent aux dispositions en vigueur dans le cadre de la nature du contrat désigné ci-dessus

Prestations complémentaires en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'AMO. Celui-ci désigne le régime de l'assuré social vis-à-vis de l'assurance maladie. Les taux mentionnés au titre de l'AMO sont ceux qui s'appliquent aux assurés du régime général, hors application de taux particuliers (remboursement à 100%, régime particulier, régime Alsace-Moselle, etc... dans ce cas, le remboursement total reste identique aux autres remboursements)

ACO : actes d'obstétrique - ADA : actes d'anesthésie - ADC : actes de chirurgie - ADE : actes d'échographie - ADI : actes d'imagerie - ATM : actes techniques médicaux - AXI : prophylaxie bucco-dentaire - END : actes d'endodontie - EMS : établissements médico sociaux - ICO : inlay-core - INO : actes inlay-onlay - IMP : implantologie - MCOO : médecine chirurgie obstétrique odontologie - ORT : orthodontie médecin - PAR : prothèses amovibles définitives résines - PAM : prothèses amovibles définitives métalliques - PDT : prothèses dentaires provisoires - PFC : prothèses fixes céramiques - PFM : prothèses fixes métalliques - PSY : psychiatrie - RPN : réparations sur prothèse - SDE : soins dentaires - SSR : établissements de suite de soins et de réadaptation - TDS : parodontologie (actes sur tissus de soutien de la dent) - TO : orthodontie