

ASSOCIATION APRES FREESCALE

Contrat Collectif à adhésion facultative

N°097 E 0265001

Notice d'information

Régime Frais de Santé

**Votre mutuelle en ligne : www.mutuelle-umc.fr
23 Place d'Alger – 72013 LE MANS Cedex 2
02-43-14-10-00**



PREAMBULE

L'Association APRES FREESCALE a souscrit un contrat collectif « frais de santé » auprès de la Mutuelle UMC, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN 529 168 007.

A ce titre, si l'agrément accordé à la Mutuelle UMC lui est retiré, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif mentionné à l'article L.221-1 du Code de la Mutualité sera résilié le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée à la personne morale souscriptrice.

L'objet du contrat est de faire bénéficier les personnes concernées des garanties frais de santé souscrites par **L'Association APRES FREESCALE**.

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de garantir aux assurés le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, dans la limite des frais réellement engagés, dans un cadre collectif. Elles respectent les règles du contrat responsable et notamment ses obligations et ses interdictions de prise en charge.

SOMMAIRE

Le processus d'adhésion	3
Le remboursement des prestations	4
Les informations complémentaires et tiers payant	7
Les services proposés par la Mutuelle UMC	8
Les dispositions générales	9
Les garanties	11

PROCESSUS D'ADHESION

Quelles sont les personnes qui peuvent choisir de s'affilier au titre des garanties ?

L'adhésion est facultative pour les membres participants. Par membres participants, il faut entendre l'ensemble des membres adhérents de la personne morale souscriptrice.

NOTA : Aucune sélection médicale ne sera effectuée.

Quand débutent les garanties ?

- Vous devez avant tout, demander votre adhésion au contrat. Sous réserve du paiement de la cotisation, l'adhésion prend effet le premier jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion dûment rempli ; la réception est présumée au lendemain de la date d'envoi, le cachet de la poste faisant foi.
- Les garanties prennent effet après l'expiration des éventuels délais de carence détaillés ci-dessous ; ces délais de carence courent à partir de la date de votre adhésion.
- **3 mois** après la date d'effet de l'adhésion pour les soins médicaux courants et l'optique
- **6 mois** pour les soins liés à l'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les prothèses dentaires, l'orthodontie
- **10 mois** pour les forfaits maternité
- **12 mois** pour les prestations de cure thermale et les séjours en établissement sanitaire et l'allocation obsèques.

Lorsque le membre participant fournit un certificat de radiation d'un autre organisme servant des prestations complémentaires à l'Assurance maladie dans les 3 mois suivant celle-ci, le droit aux prestations est ouvert au premier jour suivant la date de radiation.

Les formalités d'adhésion

L'adhésion au régime nécessite d'accomplir certaines formalités.

Le dossier d'adhésion qui vous a été remis comprend :

- La notice d'information : à conserver par vos soins
- Un bulletin d'adhésion : à retourner à **l'Association APRES FREESCALE**, complété et signé, accompagné de la copie de l'attestation vitale de chaque bénéficiaire inscrit (vous-même et, le cas échéant, votre conjoint, concubin ou partenaire, vos enfants etc.), et d'un R.I.B. (pour le paiement de vos prestations).
- Un accusé de réception : à retourner également à la personne morale souscriptrice, au titre de son obligation de remise de la notice d'information.

En cas de modification de votre situation :

Si celle-ci concerne :

- Votre situation de famille (mariage, naissance, concubinage, autres) : un bulletin de modification doit être impérativement retourné à **l'Association APRES FREESCALE** et accompagné des pièces justificatives correspondantes : photocopie du certificat de mariage, de naissance, de concubinage, de l'attestation de perte d'emploi du conjoint ou concubin etc.) qui transmettra à la Mutuelle UMC.
- Votre situation administrative (déménagement, changement de coordonnées bancaires ou postales, changement de caisse primaire d'assurance maladie, etc.) : écrivez directement à : Mutuelle UMC 35 rue Saint-Sabin 75 534 Paris Cedex 11 ou par mail : www.mutuelle-umc.fr rubrique « votre mutuelle en ligne ».

REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Comment se faire rembourser les frais engagés ?

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (NOEMIE) entre votre caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et la Mutuelle UMC. Ce système vous permet de ne plus envoyer vos décomptes ; c'est votre CPAM qui s'en charge dès qu'elle a traité votre feuille de soins.

Le règlement des prestations de la Mutuelle UMC s'effectue alors directement par virement (fournir un RIB ou RIP à l'adhésion) avec transmission d'un relevé mensuel des remboursements effectués.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission NOEMIE, indiquez-le impérativement sur votre bulletin d'adhésion. Vous devrez alors adresser à la Mutuelle UMC vos demandes de remboursements accompagnées des originaux des relevés de remboursement émis par votre Assurance Maladie Obligatoire et éventuellement des justificatifs des frais réels engagés.

Dans quels délais devez-vous formuler votre demande de remboursement ?

Vous devez formuler votre demande de remboursement dans les meilleurs délais.

Attention : Toute demande de paiement des prestations doit parvenir à la Mutuelle UMC dans un délai de deux ans à compter de la date de soins. Toute demande formulée ultérieurement ne sera pas prise en compte.

Quelles sont les conséquences en cas de fausses déclarations ?

Attention : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle UMC, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle UMC n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle UMC qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Déchéance

Conformément à l'article L.221-16 du Code de la mutualité, sont nulles :

- Toutes clauses générales frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel ;
- Toute clause frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire à raison de simple retard apporté par lui sans intention frauduleuse à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit, pour la mutuelle ou pour l'union de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Prescription

Pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à la Mutuelle UMC dans un délai de deux ans à compter du remboursement de la sécurité sociale

Devis

Certaines dépenses peuvent être importantes : notamment en matière dentaire ou d'optique.

Afin de mieux connaître le montant des frais laissés à votre charge, il est préférable de faire établir un devis préalable. En l'adressant à la Mutuelle UMC, vous recevrez en retour un courrier mentionnant le montant de l'intervention de votre Mutuelle. Ainsi, vous connaîtrez, avant d'engager les soins, la somme restant à votre charge.

Justificatifs à fournir

Dans la plupart des cas, le remboursement est automatique via NOEMIE. Cependant, la Mutuelle UMC peut vous réclamer les factures originales, détaillées et acquittées pour certains actes, vous devrez les adresser directement à la Mutuelle UMC en joignant systématiquement votre numéro d'adhérent mentionné sur votre carte mutualiste.

De manière générale, pour les soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire avec dépassements d'honoraires

A notre demande : vous devrez nous faire parvenir la facture originale détaillée et acquittée du praticien précisant la nature des soins effectués (en dentaire : la nature des travaux effectués, le numéro des dents et le montant des frais réels correspondants à chacun des actes).

Hospitalisation médicale, chirurgicale ou psychiatrique

Vous devrez nous faire parvenir la facture originale, détaillée et acquittée émise par l'établissement.

En cas de soins externes en secteur hospitalier

L'attestation de paiement accompagnée de l'avis des sommes à payer devra nous être adressée.

Et plus spécifiquement, pour les soins non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire

En optique

Vous devrez nous envoyer la facture originale, détaillée et acquittée pour les lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire ; sur celle-ci devront être précisés le nom des lentilles et celui du fabricant.

En dentaire

Pour les prothèses non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire : vous nous indiquerez le motif du refus.

Pour la parodontologie : vous nous adresserez obligatoirement la facture détaillée et acquittée.



Cure thermale

Il faudra nous adresser le justificatif de paiement du ticket modérateur.

En cas de prise en charge des soins à 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire : vous devrez nous envoyer l'attestation de cure délivrée par l'établissement thermal.

Maternité

Le versement de la prime naissance ou d'adoption est un forfait correspondant à la garantie souscrite, elle est attribuée par enfant né ou adopté, déclaré et enregistré dans un pays de la Communauté Européenne. Elle est versée sur présentation de l'extrait d'acte de naissance du nouveau né (ou photocopie du livret de famille justifiant la filiation) ou le cas échéant sur présentation d'un justificatif de jugement provisoire d'adoption.

Autres

Dans le cas d'un tiers payant partiel (pharmacie, radiologie, laboratoire), vous devrez impérativement fournir le justificatif du paiement du ticket modérateur.

D'une manière générale, lorsque les actes ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale, il vous sera demandé de fournir une facture originale, détaillée et acquittée ainsi que la prescription médicale, selon la garantie souscrite.

Cas particuliers

Adhésions à plusieurs organismes complémentaires

La liaison NOEMIE ne fonctionne qu'entre votre CPAM et un seul organisme complémentaire. Si vous êtes adhérent à plusieurs organismes simultanément, vous devez choisir celui auprès duquel vous souhaitez que la connexion soit établie et l'indiquer sur votre bulletin d'adhésion.

Si vous décidez de cumuler plusieurs garanties, vous pouvez obtenir le remboursement de chacune d'elles toujours dans la limite des dépenses réellement engagées. Ainsi, en cas de remboursement préalable d'un autre organisme complémentaire, il est nécessaire de présenter à la Mutuelle UMC l'original du relevé de prestation de cet organisme, les copies de décomptes de Sécurité sociale et tout justificatif des frais engagés.

Le remboursement des frais antérieurs à votre adhésion

Les frais de santé concernant les soins antérieurs à votre adhésion seront à adresser à votre ancien organisme complémentaire (société d'assurance, institution de prévoyance, organisme mutualiste...), qui procédera au règlement de ceux-ci.

Quelles sont les exclusions ?

Les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Ne donnent droit à aucun remboursement les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies pour chaque garantie dans le tableau des garanties. Ne sont pas pris en charge les actes hors nomenclature de la Sécurité Sociale.

Les soins de toutes natures (notamment les séjours en établissements hospitaliers ou cliniques, les traitements d'orthodontie et les prothèses dentaires) dont les dates d'exécution se situent avant la date d'effet du contrat, ne peuvent donner lieu à intervention.

Les actes liés au parcours de soins coordonnés

L'ensemble des garanties frais de santé s'applique dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables ». A ce titre, elles prennent notamment en charge :

- Pour les consultations et prescriptions du médecin traitant ou du médecin correspondant : le ticket modérateur pour les consultations, les prescriptions de médicament sur les vignettes blanches, les frais d'analyse ou de laboratoire.

- Le ticket modérateur pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard des 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.

Conformément à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application, définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par Mutuelle UMC :

- la participation forfaitaire et la franchise médicale visées à l'article L.322-2 II et III du Code de la Sécurité sociale,

- la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire pour ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :

- il n'a pas choisi son médecin traitant,
- il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant,
- il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour,

- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° 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 L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application.

Contrôle médical

La Mutuelle UMC se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin conseil, un dentiste ou tout professionnel santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations.

Attention : En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ET TIERS PAYANT

Quelques conseils

S'agissant des frais d'optiques ou dentaires, n'hésitez pas à faire établir plusieurs devis avant d'engager des dépenses. Car pour une même prescription, les différences sont parfois importantes. Ainsi en nous adressant préalablement ces devis, vous serez informé avec précision de la participation que vous versera la Mutuelle UMC.



La cotisation

Votre cotisation est payable soit :

- par prélèvement sur votre compte bancaire mensuellement ou trimestriellement, en signant **un mandat de prélèvement UMC**
- par chèque bancaire trimestriellement. Le versement des prestations est subordonné au paiement des cotisations. En cas de non-paiement des cotisations dans les dix jours suivant leur échéance, la Mutuelle UMC adressera une mise en demeure détaillant les conséquences du non-paiement.

Le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la cessation automatique des garanties.

Qu'est-ce que le crédit d'impôt (chèque santé) ?

Dans certains cas, vous pouvez bénéficier, au titre du crédit d'impôt, d'un droit à déduction à valoir sur des cotisations de complémentaire santé.

Il faut pour cela être titulaire d'une attestation de droit à déduction, établie par la caisse d'assurance maladie.

L'original de cette attestation doit être remis à la Mutuelle UMC, dans les six mois à compter de la date de la décision favorable de la caisse d'assurance maladie.

Le droit à déduction sur cotisations est attribué pour un an à compter :

- pour les nouveaux contrats, du premier jour du mois civil suivant la date de signature du bulletin d'adhésion sauf si une autre date est expressément prévue et sous réserve du paiement de la première échéance ;
- pour les contrats en cours, du premier jour du mois civil suivant la remise ou l'envoi de l'attestation à la Mutuelle UMC.

Votre carte mutualiste

Une fois votre dossier d'adhésion enregistré, vous recevrez directement à domicile, votre carte mutualiste attestant de vos droits et reprenant l'ensemble des bénéficiaires inscrits. Cette carte est à vérifier puis à conserver et sera renouvelée à effet du 1^{er} janvier de chaque année. N'hésitez pas à nous signaler toute anomalie qui pourrait y figurer.

Nos coordonnées

Pour toute correspondance, n'oubliez pas de vous munir ou d'indiquer votre numéro d'adhérent figurant sur votre carte mutualiste.

Vous pouvez nous contacter :

- par courrier : Mutuelle UMC Siège social : **35 rue Saint Sabin 75534 Paris Cedex 11**
- par téléphone : au numéro figurant sur votre carte mutualiste
- par e-mail : www.mutuelle-umc.fr rubrique « votre mutuelle en ligne »

Tiers payant

Le tiers payant est un accord passé avec les professionnels de santé, qui vous dispense de faire l'avance des frais de santé entrant dans le cadre des prestations garanties par le régime. Pour bénéficier de ce service, vous présentez votre carte d'adhérent mutualiste et votre attestation de Sécurité Sociale ou votre carte vitale.

Le tiers payant fonctionne pour l'hospitalisation (faire une demande de prise en charge auprès de notre service « Hospitalisation »), la pharmacie et selon les accords départementaux existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les centres dentaires mutualistes ainsi que les opticiens mutualistes.

L'accès aux réalisations sanitaires et sociales

En tant qu'adhérent mutualiste, vous bénéficiez de l'accès au réseau des 2.000 réalisations sanitaires et sociales de la Mutualité Française : les centres d'optique, les centres de santé dentaires, les centres d'appareillage médical, les services pour personnes handicapées, etc. Ces structures vous permettent d'accéder à des soins et services de qualité au meilleur coût grâce :

- au respect de la base de remboursement,
- au développement d'une offre de qualité à des tarifs moins élevés que la moyenne du marché pour les biens médicaux (optique, audition ou dentaire),
- à la dispense d'avance de frais (tiers payant) quasi généralisée, en fonction des conventions signées.

Pour trouver un établissement près de chez vous, vous pouvez soit nous contacter, soit consulter le site internet www.mutualite.fr. Toutes les réalisations sanitaires et sociales y sont répertoriées par type de spécialité et par zone géographique.

En Ile de France, par exemple, il existe de très nombreux centres mutualistes parmi lesquels ceux d'UMC social : Centre d'Optique Paris XI et Juvisy (91) – Centre d'audition Cachan (94)

LES SERVICES PROPOSES

L'assistance à la personne

Cette assistance vous aide à réorganiser votre vie familiale perturbée à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'un décès.

Ce service est accessible 24h/24, sur simple appel téléphonique.

Accompagnement d'enfant chez un proche, conduite à l'école, soutien pédagogique à domicile, aide à domicile pour les tâches ménagères...

Sur notre site www.mutuelle-umc.fr vous trouverez tous les renseignements sur ce service.

L'assistance juridique

Cette assistance est une protection juridique, garantie « Recours Médical ». Ce service vous permet de faire valoir vos droits afin d'obtenir la réparation d'un préjudice corporel, lorsque la responsabilité d'un hôpital, d'une clinique, du corps médical, paramédical ou pharmaceutique peut être recherchée.

Ce service est accessible sur simple appel téléphonique, au numéro figurant sur votre carte mutualiste, et que vous retrouverez également sur notre site www.mutuelle-umc.fr

L'assistance familiale : Passerelle Famille

Passerelle Famille est un service téléphonique anonyme d'écoute, d'information et d'orientation. Il met à votre disposition des juristes, des psychologues, des conseillers sociaux et scolaires, concernant les divers sujets suivants : scolarité, psychologie et éducation, loisirs et vacances, droit de la famille et toute information à caractère social.

Ce service est accessible sur simple appel téléphonique au numéro figurant sur votre carte mutualiste, et que vous retrouverez également sur notre site www.mutuelle-umc.fr

Le service social :

Notre service social est à votre disposition pour étudier toute situation délicate que vous pourriez lui soumettre. Que ce soit en raison d'une situation financière difficile ou d'un soin particulièrement lourd à assumer.

Ce service est accessible sur simple appel téléphonique au numéro figurant sur votre carte mutualiste, et que vous retrouverez également sur notre site www.mutuelle-umc.fr

DISPOSITIONS GENERALES

En cas de résiliation annuelle de l'adhésion

L'adhésion cesse en cas de résiliation à votre initiative, si elle est signifiée à la Mutuelle UMC, par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile.

La résiliation ne vous dispense pas du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

En cas de résiliation exceptionnelle de l'adhésion

- En cas de modification de vos droits et obligations, vous pouvez mettre fin à votre adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise, par la personne morale souscriptrice, de la notice d'information ou de l'avenant à la notice d'information comportant les modifications. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.
- Par ailleurs, il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise ou qu'une convention collective impose votre affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite.

En cas de résiliation par la Mutuelle UMC

En cas de non-paiement des cotisations par la personne morale ou le membre participant en l'absence de précompte par la personne morale, la Mutuelle UMC peut résilier le contrat, après envoi d'une mise en demeure détaillant les conséquences du non-paiement des cotisations.

Forclusion :

Sous réserve des modalités d'interruption de la prescription de droits communs, les prestations non perçues ou non réclamées sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Subrogation

La Mutuelle UMC est subrogée de plein droit aux adhérents victimes d'un accident dans son action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Loi applicable

En tous les cas, la loi applicable est la loi française.

Organisme de contrôle

Conformément au code de la mutualité, la Mutuelle UMC exerce son activité sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

Informatique et libertés

Les informations nominatives recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement automatisé afin de gérer l'adhésion du membre participant et la vie de ses adhésions.

Ces informations sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Conformément à la Loi n°2004-801 du 6 août 2004 modifiant la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant ainsi que tout bénéficiaire peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas

échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en adressant une demande par lettre simple au siège de la Mutuelle.

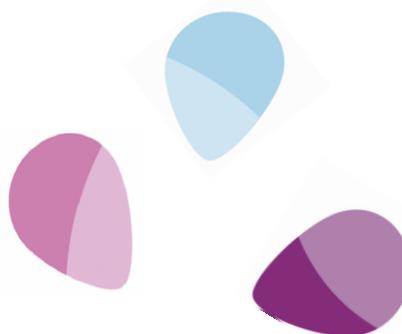
Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant ou, le cas échéant, aux bénéficiaires, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

Secret professionnel

Conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal, la Mutuelle est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

Conformément à la recommandation de la CNIL n°97-008 du 4 février 1997 portant sur le traitement des données de santé à caractère personnel, la Mutuelle s'engage à :

- Assurer la sécurité du traitement des informations par des procédures adéquates de telle sorte que seuls le médecin conseil et ses collaborateurs directs aient accès au traitement,
- Préserver l'anonymat des informations,
- Mettre en œuvre des procédures d'anonymisation telles que des techniques de hachage ou de chiffrement des données, si des données de suivi individualisées (informations qui peuvent être « chaînées » pour connaître l'évolution de l'état de santé d'une personne déterminée, sans que son identité soit connue de la personne mettant en œuvre le traitement, au sens de la recommandation de la CNIL n°97-008 du 4 février 1997) sont utilisées.



LES GARANTIES

Les frais médicaux pris en charge par la Sécurité Sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire à **l'exception des soins hors nomenclature** (sauf dérogations indiquées dans le tableau ci-dessous). Les prestations sont dues au titre des actes de santé prescrits et des frais correspondants engagés à compter de la date d'effet de l'adhésion, et pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au régime. La date des soins, prise en considération pour le remboursement des prestations est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Les prestations mentionnées dans le tableau des garanties indiquent la part de remboursement de la Sécurité Sociale et celle de la Mutuelle UMC.

La part prise en charge par la Mutuelle UMC est dans tous les cas limitée pour chaque acte aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

A l'exception des forfaits indiqués en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'assurance maladie.

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale, AMO : Assurance Maladie obligatoire, FR : Frais réels ;

TA : Tarif d'autorité, BR : Base de remboursement

ASSOCIATION APRES FREESCALE 1er MAI 2014

* AMO : assurance maladie obligatoire – M.A.S. : maison d'accueil spécialisée

NATURE DES ACTES	REMBT assurance maladie obligatoire	COMPLEMENT et FORFAIT	TOTAL AMO + MUTUELLE
Soins courants			
- consultations, visites	70%	80%	150%
- actes techniques médicaux	70%	80%	150%
- participation forfaitaire sur les actes techniques lourds	-	oui	oui
- imagerie médicale	70%	80%	150%
- auxiliaires médicaux	60%	90%	150%
- pharmacie	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)	-	60 € / An	60 € / An
Optique			
- optique	60%	40%	100%
+ forfait global verres + monture, selon la dioptrie	-	-	-
- verres unifocaux : inférieur ou égal à ± 6 (4)	-	210 €	210 €
: autres corrections	-	260 €	260 €
- verres multifocaux : inférieur ou égal à ± 4	-	280 €	280 €
: autres corrections	-	395 €	395 €
- lentilles acceptées ou refusées par l'AMO	-	315 €	315 €
- forfait lentilles jetables	-	315 € / An	315 € / An
- chirurgie réfractive (par œil)	-	150 €	150 €
Dentaire			
- soins dentaires	70%	80%	150%
- prothèses prises en charge par l'AMO	70% / 100%	230% / 180%	300% / 280%
- prothèses non prises en charge par l'AMO	-	230%	230%
- orthodontie prise en charge par l'AMO	70%	210%	280%
- parodontologie non prise en charge par l'AMO	-	460 € / An	460 € / An
- implant	-	215 €	215 €
- inlay et onlay (forfait par dent)	-	15 €	15 €
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 (30 jours par hospitalisation)	-	60 €	60 €
- frais d'accompagnement (enfant - 16 ans et ascendant + 70 ans inscrits)	-	30 €	30 €
- transport accepté par l'AMO	65%	85%	150%
- forfait journalier hospitalier (limité à 90 jours / année civile en psy et M.A.S.)	-	18 €	18 €
- dépassements (frais de séjour, salle d'opération, honoraires et chambre particulière) limitée à 2 fois la base de remboursement conventionnelle de l'AMO	-	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	65% / 70%	35% / 30%	100%
+ forfait	-	150 €	150 €
- vaccins non pris en charge par l'AMO	-	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)	-	60 €	60 €
- traitement anti-tabac	-	60 € / An	60 € / An

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, sauf mention contraire)

