

APHRAP

Vos prestations santé

| | GARANTIE BASE SOLEA PRO 3000 Sécurité sociale + mutuelle | GARANTIE OPTION SOLEA PRO 4000 Sécurité sociale + mutuelle |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Hospitalisation | | |
| Forfait journalier hospitalier en séjour MCOO, SSR et PSY (illimité) | Frais réels | Frais réels |
| Honoraires médecins généralistes et spécialistes signataires OPTAM-OPTAMCO (chirurgie et anesthésie) | 200 % | 250 % |
| Honoraires médecins généralistes et spécialistes non signataires OPTAM-OPTAMCO (chirurgie et anesthésie) | 180 % | 200 % (1) |
| Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) | 100 % | 100 % |
| Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé à l'hôpital | Frais réels | Frais réels |
| Frais de séjour de spécialité chirurgicale et médicale | 100 % | 100 % |
| Frais de transport liés à l'hospitalisation | 100 % | 100 % |
| Soins Externes dispensés en établissement public ou privé, médecins signataires OPTAM-OPTAMCO | 130 % | 150 % |
| Soins Externes dispensés en établissement public ou privé, médecins non signataires OPTAM-OPTAMCO | 110 % | 130 % |
| Chambre particulière : séjour chirurgical (illimité) | 56 € / jour | 62 € / jour |
| Chambre particulière : maternité (12 j/an) | 56 € / jour | 62 € / jour |
| Chambre particulière : séjour maladie, rééducation (45 j/an) | 56 € / jour | 62 € / jour |
| Chambre particulière : séjour psychiatrie, repos, convalescence (30 j/an) | 56 € / jour | 62 € / jour |
| Frais d'accompagnant enfant moins de 16 ans (45 j/an) | 34 € / jour | 34 € / jour |
| Soins courants | | |
| Honoraires médicaux | | |
| Médecins généralistes et spécialistes signataires OPTAM-OPTAMCO (y compris radiologie) | 130 % | 150 % |
| Médecins généralistes et spécialistes non signataires OPTAM-OPTAMCO (y compris radiologie) | 110 % | 130 % |
| Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) | | |
| Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé en cabinet | Frais réels | Frais réels |
| Analyses et examens de laboratoire | | |
| Frais de transport hors hospitalisation | 100 % | 100 % |
| Médicaments remboursés à 15, 30 ou 65 % par la Sécurité sociale | 100 % | 100 % |
| Matériel médical | | |
| Prothèses capillaire et mammaire | 130 % | 150 % |
| Dentaire | | |
|  Soins et prothèses 100 % Santé* | 100 % Frais réels | |
| Soins et prothèses dentaires | | |
| Autres soins et prothèses dentaires (hors 100 % santé) – Panier reste à charge maîtrisé et panier libre | | |
| Soins dentaires (dont inlay-onlay) remboursés par la Sécurité sociale | 130 % | 150 % |
| Prothèses dentaires (ensemble des actes prothétiques inscrits à la CCAM) remboursées par la Sécurité sociale | 200 % (3) Limités à 878 € par an et par bénéficiaire (2) | 300 % (3) Limités à 1 553 € par an et par bénéficiaire (2) |
| Soins d'orthopédie dentofaciale remboursés par la Sécurité sociale | | |
| Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale | | |
| Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale | | |
| Implantologie non remboursée par la Sécurité sociale | | |
| Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale | 360 € | 480 € |
| Plafond annuel par bénéficiaire pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale | | |
| Optique (4) | | |
|  Equipements 100 % Santé* | 100 % Frais réels | |
| Monture – classe A | | |
| Verres – classe A | | |
| Prestation d'adaptation – classe A | | |
| Prestation d'appariage – classe A | | |
| Equipements à tarif libre (hors 100 % santé) – Forfait sur 2 ans par bénéficiaire | | |
| Monture – classe B | Grille optique ci-après 90 € | Grille optique ci-après 100 € |
| Verre simple – classe B (montant par verre) | 65 € | 100 € |
| Verre complexe – classe B (montant par verre) | 85 € | 120 € |
| Verre très complexe – classe B (montant par verre) | 105 € | 140 € |
| Prestation d'adaptation – classe B | 100 % | 100 % |
| Lentilles acceptées par la Sécurité sociale | 100 % | 100 % |
| Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale - Forfait annuel par bénéficiaire | 135 € | 203 € |
| Chirurgie réfractive - Forfait annuel par œil | 135 € | 203 € |
| Aides auditives (5) | | |
|  Equipements 100 % Santé* | 100 % Frais réels | |
| Aide auditive - classe I | | |
| Equipements à tarif libre (hors 100 % santé) - classe II, par oreille | | |
| Accessoires, entretien, piles remboursés par la Sécurité sociale | 100 % + 135 € | 100 % + 203 € |
| Prévention et Bien-être | | |
| Densitométrie - Forfait annuel par bénéficiaire | 34 € | 34 € |
| Consultation en Chiropractie, Ostéopathie, Homéopathie, Acupuncture, Pédicure, Étiopathie (voir règlement mutualiste) – Forfait annuel et global pour l'ensemble de ces thérapies | 34 € / séance Limité à 3 séances par an et par bénéficiaire | 34 € / séance Limité à 4 séances par an et par bénéficiaire |
| Prise en charge des actes de prévention acceptés par la Sécurité sociale | 100 % | 100 % |

Garantie applicable au 01/01/2021, susceptible de modifications en cas d'évolutions légales et/ou réglementaires. Prestations remboursées par la Mutuelle sur la base du tarif conventionnel de la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés. Les taux indiqués comprennent d'une part, le remboursement de la Sécurité sociale et d'autre part, le remboursement de la Mutuelle. Pour une parfaite lecture de votre garantie, le règlement mutualiste apporte des précisions dans les modalités d'application et de prise en charge des prestations servies vous pouvez le consulter sur www.mutuellesdusoleil.fr. Mutuelles du Soleil Livre II, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le numéro SIREN est le 782 395 511, dont le numéro LEI est le 969500A45CJVFD0G8R17, siège social sis 36-36 bis, avenue Maréchal Foch 06005 Nice Cedex 1. Document à jour du 22/12/2020.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|
| Forfait Contraception (à partir de 16 ans) - Forfait annuel par bénéficiaire | 34 € | 34 € |
| Amniocentèse ou Péridurale refusées ou Fécondation in vitro - Forfait annuel par bénéficiaire | 169 € | 203 € |
| Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale | 100 % | 100 % |
| Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale – Forfait annuel par bénéficiaire (dans la limite des frais engagés) | 100 % + 169 € | 100 % + 169 € |
| Forfait Prévention : sevrage tabagique, consultation diététique, vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale - Forfait annuel et global pour l'ensemble de ces actes | 34 € | 68 € |
| Les + | | |
| Naissance ou adoption - Forfait annuel par bénéficiaire (sous condition que l'enfant soit inscrit au contrat) | 236 € | 236 € |
| Forfait sport sur ordonnance | 34 € | 34 € |
| Accès à la pratique du tiers payant | OUI | OUI |
| Prise en charge des enfants à charge jusqu'au 31/12 de leur 27ème anniversaire | OUI | OUI |
| Accès à la téléconsultation (6) | OUI | OUI |
| Garantie ASSISTANCE en vigueur (7) | OUI | OUI |

OPTAM : Option Pratique Tarifée Maîtrisée
OPTAMCO : Option Pratique Tarifée Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique
 Depuis le 01/01/2017, le CAS (Contrat d'accès aux soins) est remplacé par OPTAM et OPTAMCO

MCOO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
PSY : Psychiatrie

Sauf indication particulière, les garanties sont exprimées en % de la BR (Base de Remboursement de la Sécurité sociale) et incluent les remboursements de la Sécurité sociale.

*tels que définis réglementairement. Les paniers 100 % santé garantissent un accès sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives dont la prise en charge devra respecter les prix limite de vente au public en vigueur. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

(1) Pour les médecins généralistes et spécialistes non signataires OPTAM-OPTAMCO, la garantie doit être plafonnée à 100 % de la base de remboursement. Ainsi la prise en charge des honoraires sera de 200 % au maximum, assurance maladie obligatoire incluse en fonction de la garantie souscrite.

(2) Le plafond dentaire ne s'applique pas sur les 125 % de la base de remboursement y compris Sécurité sociale des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale pris en charge par la mutuelle sans cette limitation.

(3) Pour le panier à tarifs maîtrisés le montant de la prise en charge devra respecter les prix limites de facturation.

(4) Remboursement limité à un équipement par période de 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. La période de 2 ans débute à la date de délivrance de l'équipement.

(5) Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives ne peut intervenir qu'après une période minimale de 4 ans. L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. La période de 4 ans débute à la date de délivrance de l'équipement.

(6) Pour bénéficiaire de ce service contacter le numéro suivant : 01.55.92.23.02

(7) Pour plus de détails se référer à la notice d'information de la garantie Assistance.

*Que contiennent les paniers 100 % santé ?



Optique

• **Les verres et montures** sont référencés et classés selon **2 paniers de soins** :

* Panier de soins 100 % santé : **CLASSE A, obligatoirement proposé par le praticien**

* Panier de soins à **tarifs libres** : CLASSE B

• **Montures à ≤ 30 €**. Chaque opticien propose au **minimum 17 modèles** différents pour les adultes, **10** pour les enfants.

• **Verres** traitant l'ensemble des troubles visuels.

• **Traitements** : amincissement, durcissement et antireflet obligatoires.

À savoir : l'assuré peut choisir une monture hors panier, qui sera alors remboursée dans les conditions du contrat responsable (100 € maximum au 1^{er} janvier 2020) et des verres du panier.



Audiologie

• **Les prothèses auditives** sont référencées et classées selon **2 paniers de soins** :

* Panier de soins 100 % santé : **CLASSE 1, obligatoirement proposé par le praticien**

* Panier de soins à **tarifs libres** : CLASSE 2

• **Tous types d'appareils** : contour d'oreille classique, à écouteur déporté, intraauriculaire.

• **Au moins 3 options** dans une liste prédéfinie

• **Introduction d'un délai de 4 ans avant le renouvellement.**



Dentaire

• **Les prothèses dentaires** sont référencées et classées selon **3 paniers de soins** correspondant à 3 niveaux qualitatifs progressifs :

* Panier de soins 100 % santé : **PANIER 1, obligatoirement proposé par le praticien**

* Panier de soins à **tarifs maîtrisés** : PANIER 2

* Panier de soins à **tarifs libres** : PANIER 3

À savoir : outre le panier 100 % santé qui propose un large choix de prothèses fixes ou mobiles intégralement remboursées, l'assuré peut opter pour un panier aux tarifs maîtrisés ou un panier aux tarifs libres.

GRILLE OPTIQUE - Equipements à tarif libre - SOLEA PRO 3000

| CATÉGORIES DE VERRES | VERRES | MONTURE | ÉQUIPEMENT (VERRES + MONTURE) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|-------------------------------|
| (a) Deux verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et + 6.00 dioptries et dont le cylindre est < ou = à + 4.00 dioptries | 130 € | 90 € | 220 € |
| (b) Un verre simple mentionné au (a) et un verre complexe mentionné au (c) | 150 € | 90 € | 240 € |
| (c) Deux verres complexes simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à + 6.00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4.00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs | 170 € | 90 € | 260 € |
| (d) Un verre simple mentionné au (a) et un verre très complexe mentionné au (f) | 170 € | 90 € | 260 € |
| (e) Un verre complexe mentionné au (c) et un verre très complexe mentionné au (f) | 190 € | 90 € | 280 € |
| (f) Deux verres très complexes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8.00 à + 8.00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à + 4.00 dioptries | 210 € | 90 € | 300 € |

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT* - SOLEA PRO 3000

*Exemples de remboursement sans valeur contractuelle. Hypothèse retenue dans les exemples ci-dessous : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés. Les tarifs, dépenses, remboursements et restes à charge sont présentés en valeur absolue en euros.

| Exemples | Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé | Remboursement de l'assurance maladie obligatoire | Remboursement de l'assurance maladie complémentaire | Reste à charge | Précisions éventuelles | Commentaires |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hospitalisation | | | | | | |
| Forfait journalier hospitalier en court séjour | 20,00 € | - | 20,00 € | 0,00 € | Tarif réglementaire | |
| Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte | 355,00 € | 247,70 € | 83,30 € | 0,00 € | Prix moyen national de l'acte pour un œil | Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie |
| Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte | 431,00 € | 247,70 € | 159,30 € | 0,00 € | Prix moyen national de l'acte pour un œil | Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie |
| Soins courants | | | | | | |
| Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires | 25,00 € | 16,50 € | 7,50 € | 1,00 € | Tarif conventionnel | Reste à charge : participation forfaitaire |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires | 30,00 € | 20,00 € | 9,00 € | 1,00 € | Tarif conventionnel | Reste à charge : participation forfaitaire |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 44,00 € | 20,00 € | 15,90 € | 8,10 € | Prix moyen national de l'acte | |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 56,00 € | 15,10 € | 9,20 € | 31,70 € | Prix moyen national de l'acte | |
| Dentaire | | | | | | |
| Détartrage | 28,92 € | 20,24 € | 8,68 € | 0,00 € | Tarif conventionnel | |
| Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé) | 500 € | 84,00 € | 416,00 € | 0,00 € | Honoraire limite de facturation | |
| Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires | 538,70 € | 84,00 € | 156,00 € | 298,70 € | Prix moyen national de l'acte | |
| Couronne céramo-métallique sur molaires | 538,70 € | 75,25 € | 139,74 € | 323,71 € | Prix moyen national de l'acte | |
| Optique | | | | | | |
| Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % santé) | 125,00 € | 22,50 € | 102,50 € | 0,00 € | Prix limite de vente | |
| Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux | 345,00 € | 0,09 € | 220,00 € | 124,91 € | Prix moyen national de l'acte | |
| Aides auditives | | | | | | |
| Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100 % santé) | 950,00 € | 240,00 € | 710,00 € | 0,00 € | Prix limite de vente | |
| Aide auditive de classe II par oreille | 1 476,00 € | 240,00 € | 295,00 € | 941,00 € | Prix moyen national de l'acte | |

Garantie applicable au 01/01/2021, susceptible de modifications en cas d'évolutions légales et/ou réglementaires. Prestations remboursées par la Mutuelle sur la base du tarif conventionnel de la Sécurité sociale dans la limite des frais réellement engagés. Les taux indiqués comprennent d'une part, le remboursement de la Sécurité sociale et d'autre part, le remboursement de la Mutuelle. Pour une parfaite lecture de votre garantie, le règlement mutualiste apporte des précisions dans les modalités d'application et de prise en charge des prestations servies vous pouvez le consulter sur www.mutuellesdusoleil.fr. Mutuelles du Soleil Livre II, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le numéro SIREN est le 782 395 511, dont le numéro LEI est le 969500A45CJVD0G8R17, siège social sis 36-36 bis, avenue Maréchal Foch 06005 Nice Cedex 1. Document à jour du 22/12/2020.

GRILLE OPTIQUE - Equipements à tarif libre – SOLEA PRO 4000

| CATÉGORIES DE VERRES | VERRES | MONTURE | ÉQUIPEMENT (VERRES + MONTURE) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|----------------------------------|
| (a) Deux verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et + 6.00 dioptries et dont le cylindre est < ou = à + 4.00 dioptries | 200 € | 100 € | 300 € |
| (b) Un verre simple mentionné au (a) et un verre complexe mentionné au (c) | 220 € | 100 € | 320 € |
| (c) Deux verres complexes simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à + 6.00 dioptries ou dont le cylindre est > à + 4.00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs | 240 € | 100 € | 340 € |
| (d) Un verre simple mentionné au (a) et un verre très complexe mentionné au (f) | 240 € | 100 € | 340 € |
| (e) Un verre complexe mentionné au (c) et un verre très complexe mentionné au (f) | 260 € | 100 € | 360 € |
| (f) Deux verres très complexes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8.00 à + 8.00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à + 4.00 dioptries | 280 € | 100 € | 380 € |

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT* SOLEA PRO 4000

*Exemples de remboursement sans valeur contractuelle. Hypothèse retenue dans les exemples ci-dessous : patient adulte, sans exonération du ticket modérateur, respectant le parcours de soins coordonnés. Les tarifs, dépenses, remboursements et restes à charge sont présentés en valeur absolue en euros.

| Exemples | Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé | Remboursement de l'assurance maladie obligatoire | Remboursement de l'assurance maladie complémentaire | Reste à charge | Précisions éventuelles | Commentaires |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hospitalisation | | | | | | |
| Forfait journalier hospitalier en court séjour | 20,00 € | - | 20,00 € | 0,00 € | Tarif réglementaire | |
| Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte | 355,00 € | 247,70 € | 83,30 € | 0,00 € | Prix moyen national de l'acte pour un œil | Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie |
| Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale de la cataracte | 431,00 € | 247,70 € | 159,30 € | 0,00 € | Prix moyen national de l'acte pour un œil | Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme complémentaire d'assurance maladie |
| Soins courants | | | | | | |
| Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires | 25,00 € | 16,50 € | 7,50 € | 1,00 € | Tarif conventionnel | Reste à charge : participation forfaitaire |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires | 30,00 € | 20,00 € | 9,00 € | 1,00 € | Tarif conventionnel | Reste à charge : participation forfaitaire |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 44,00 € | 20,00 € | 20,50 € | 3,50 € | Prix moyen national de l'acte | |
| Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) | 56,00 € | 15,10 € | 13,80 € | 27,10 € | Prix moyen national de l'acte | |
| Dentaire | | | | | | |
| Détartrage | 28,92 € | 20,24 € | 8,68 € | 0,00 € | Tarif conventionnel | |
| Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé) | 500,00 € | 84,00 € | 416,00 € | 0,00 € | Honoraire limite de facturation | |
| Couronne céramo-métallique sur deuxième pré-molaires | 538,70 € | 84,00 € | 276,00 € | 178,70 € | Prix moyen national de l'acte | |
| Couronne céramo-métallique sur molaires | 538,70 € | 75,25 € | 247,24 € | 216,21 € | Prix moyen national de l'acte | |
| Optique | | | | | | |
| Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100 % santé) | 125,00 € | 22,50 € | 102,50 € | 0,00 € | Prix limite de vente | |
| Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux | 345,00 € | 0,09 € | 280 € | 64,91 € | Prix moyen national de l'acte | |
| Aides auditives | | | | | | |
| Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100 % santé) | 950,00 € | 240,00 € | 710,00 € | 0,00 € | Prix limite de vente | |
| Aide auditive de classe II par oreille | 1 476,00 € | 240,00 € | 363,00 € | 873,00 € | Prix moyen national de l'acte | |

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle et notamment dans le règlement mutualiste. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit SOLEA PRO est un contrat d'assurance de groupe souscrit par un employeur au bénéfice de ses salariés qui acquièrent la qualité d'assurés. Il est destiné à rembourser, pendant la période de garantie, tout ou partie des frais de santé restant à charge du salarié assuré en cas de maladie, d'accident ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française ou monégasque. Un reste à charge est possible pour l'assuré après intervention de la complémentaire santé et selon le niveau de garantie choisi. Le produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables. Selon les dispositions applicables au contrat, les membres de la famille du salarié sont couverts soit à titre obligatoire, soit à titre facultatif. L'interlocuteur de l'assuré est salarié Mutuelles du Soleil et agit de manière honnête, impartiale, professionnelle et ce, au mieux des intérêts des assurés.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des remboursements sont soumis à des plafonds fixés par le contrat souscrit par l'employeur qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, versés sur justificatif de dépense et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : forfait journalier hospitalier, honoraires médecins généralistes et spécialistes, honoraires paramédicaux, frais de séjour, transport
- ✓ **Soins courants (*)** : honoraires médecins généralistes et spécialistes, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, transport, médicaments remboursés à 65% et 30%, matériel médical, prothèses capillaire et mammaire
- ✓ **Dentaire (*)** : soins et prothèses dentaires 100% Santé, soins dentaires (dont inlay-onlay), prothèses dentaires et soins d'orthopédie dentofaciale hors 100% Santé
- ✓ **Optique** : équipement (monture et verres) 100% Santé, équipement hors 100% Santé, lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Aides auditives** : équipement 100% Santé, équipement hors 100% Santé
- ✓ **Prévention et Bien-être** : actes de prévention acceptés par la Sécurité sociale, vaccins pris en charge par la Sécurité sociale, cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale

(*) sous réserve du remboursement de la Sécurité sociale

LES GARANTIES POUVANT ETRE PREVUES SELON LA FORMULE CHOISIE

Hospitalisation : chambre particulière en séjour chirurgie, maternité, maladie, rééducation, psychiatrie, repos et convalescence, frais d'accompagnant

Soins courants : médicaments remboursés à 15%

Dentaire : prothèses dentaires, orthodontie, implantologie, parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale hors 100% Santé

Prévention et Bien-être : densitométrie, consultation en médecine douce, contraception, amniocentèse, péridurale, fécondation in vitro, sevrage tabagique, consultation diététique, vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale

Les + : forfait versé pour naissance ou adoption, sport sur ordonnance : forfait versé uniquement pour les assurés en ALD et sous conditions

LES SERVICES ET ASSISTANCE COMPLEMENTAIRES

- ✓ Service d'analyse des devis
- ✓ Site Web espace adhérent
- ✓ Application mobile
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Tiers payant
- ✓ Garantie Assistance en vigueur
- ✓ Téléconsultation
- ✓ Prise en charge des enfants à charge jusqu'au 31/12 de leur 27^{ème} anniversaire

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour tels que les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie ou une aide à l'insertion sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Les cures thermales non prises en charge par la Sécurité sociale



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les participations forfaitaires retenues par la Sécurité sociale sur certains actes (honoraires médecins, médicaments, honoraires paramédicaux, analyses, transport) ou pénalités appliquées par la Sécurité sociale dans le cadre du hors parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Les soins dont les dates sont antérieures à la date d'effet ne pourront donner lieu à paiement. Il en est de même en cas de renouvellement des prestations de pharmacie, de renouvellement d'actes de soins quels qu'ils soient et de prestations de lentilles.
- ! **Hospitalisation-Chambre particulière** : séjour illimité en chirurgie Et selon la garantie choisie, séjour limité à :
12 jours/an en maternité
30, 45, 60 ou 90 jours/an en maladie, rééducation
30 jours/an en psychiatrie, repos et convalescence
Frais d'accompagnant enfant moins de 16 ans limités à 45 jours/an
- ! **Dentaire** : le ticket modérateur n'est pas limité et n'entre donc pas dans le plafond prévu selon la garantie
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Aides auditives (par oreille)** : le renouvellement de la prise en charge des aides auditives ne peut intervenir qu'après une période minimale de 4 ans
- ! **Médecine douce** : les consultations sont limitées à un forfait par séance et à un nombre de séances par an et par bénéficiaire selon la garantie choisie (chiropractie, ostéopathie, homéopathie, acupuncture, étiothérapie, pédicure)
- ! **Naissance-adoption** : forfait versé sous condition que l'enfant soit rattaché au contrat



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine et dans les DOM
- ✓ A l'étranger si je dépends de la Caisse des Français de l'étranger (CFE)
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée, hors dépassements et actes non remboursés par la Sécurité sociale française
- ✓ A Monaco si je suis un français dépendant de la Caisse de Sécurité sociale monégasque



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de radiation du contrat ou de non remboursement des dépenses engagées

Pour l'employeur, à la souscription du contrat :

- Adresser un état nominatif des salariés à inscrire au contrat (nom, prénom, date de naissance et numéro de Sécurité sociale) ;
- Adresser pour chaque salarié le bulletin individuel d'adhésion complété, tamponné et signé, accompagné des pièces justificatives sollicitées ;
- Communiquer la liste des salariés en arrêt de travail ou bénéficiant du maintien des garanties dans le cadre de l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale (portabilité des droits) ;
- Remettre aux salariés la notice établie par Mutuelle du Soleil qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

Pour l'employeur, en cours de vie du contrat :

- Notifier les entrées et les sorties des salariés avec les dates de prise d'effet, les cas de suspension de contrats de travail ;
- Informer de toutes modifications éventuelles liées à la situation de famille des salariés ou autres événements, dans les trois mois qui suivent leur connaissance (état civil, adresse, situation matrimoniale, situation familiale, coordonnées bancaires...).

Pour le salarié :

- Transmettre tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Fournir les demandes de prises en charge et devis conformément au règlement mutualiste ;
- Payer les cotisations de mon contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à Mutuelles du Soleil dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité sociale ;
- Informer de toutes modifications éventuelles liées à la situation de famille ou autres événements, dans les trois mois qui suivent leur connaissance (état civil, adresse, situation matrimoniale, situation familiale, coordonnées bancaires...).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour les contrats collectifs à adhésion Obligatoire (terme échu) : l'employeur ou la personne morale prélève chaque mois sur les salaires la part de cotisation due par ses salariés au titre du contrat collectif en place et reverse cette part de cotisation ainsi que sa part à Mutuelles du Soleil selon le fractionnement choisi lors de l'établissement du contrat. Pour les contrats dont le paiement des cotisations est à terme échu, le droit aux prestations est supposé acquis jusqu'à la périodicité suivante.

Pour les contrats collectifs à adhésion Facultative (terme à échoir) : conformément au bulletin d'adhésion, la cotisation est annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle par prélèvement automatique.

Pour les garanties optionnelles facultatives (terme à échoir) : conformément au bulletin d'adhésion, la cotisation est annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle par prélèvement automatique.

La cotisation est annuelle. Pour les nouveaux assurés elle est due à la date d'effet du contrat. Elle est due de nouveau à la date anniversaire d'adhésion. À chaque échéance annuelle, le montant ou le taux de cotisation est susceptible d'évoluer.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat est conclu pour un an et se reconduit tacitement à chaque date anniversaire d'adhésion pour une nouvelle année sauf résiliation, radiation ou exclusion par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au règlement mutualiste.

En cas de contrat conclu à distance (vente à distance et hors établissement), vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat) (disposition applicable aux personnes physiques ou au bénéficiaire d'entreprise de moins de 5 salariés).



Comment puis-je radier le contrat ?

- Vous pouvez mettre fin au contrat dans les cas suivants :
- Par le souscripteur du contrat collectif obligatoire uniquement ou pour le bénéficiaire d'un contrat collectif à adhésion facultative ou pour une option uniquement (la radiation du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous les assurés à la date d'effet de la radiation) :
 - o Résiliation annuelle : À la date d'échéance annuelle du contrat, en adressant une lettre recommandée au moins deux (2) mois avant cette date ;
 - o Résiliation infra-annuelle : Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, vous pouvez résilier à tout moment sans frais ni pénalités, sous réserve des modalités et conditions d'application qui sont fixées par décret en Conseil d'État. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.
 - o Résiliation exceptionnelle :
- En cas de modification de vos droits et obligations précisée au règlement mutualiste, vous pouvez dénoncer votre adhésion en raison de ces modifications, dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la notice qui vous informe ;
- En cas d'obtention du bénéfice d'un dispositif d'aide (CMU-C ou Complémentaire Santé Solidaire) ; **Attention : seul l'employeur peut demander la radiation du salarié en cas de dispense d'adhésion au contrat collectif à adhésion obligatoire** et le salarié peut en bénéficier tant qu'il peut justifier du bénéfice de ces dispositifs d'aide.
- Lorsque le bénéficiaire cesse de remplir les conditions d'éligibilité. **Attention : La radiation sera positionnée au lendemain de la sortie des effectifs indiquée par le souscripteur**
- Par le bénéficiaire d'un contrat collectif uniquement :
 - o En cas de difficultés financières avérées et justifiées et sous réserve de l'acceptation par le service Relations Clients Régime Complémentaire ;
 - o En cas de décès, la copie de l'acte de décès doit être transmise à Mutuelles du Soleil Livre II pour que la radiation puisse être prise en compte. La radiation interviendra le premier jour suivant la date du décès.
- o En cas de résiliation du contrat principal par le souscripteur, le régime optionnel sera résilié de plein droit.