

O29AC181 (CAC niveau 1) Version 01.01.2021		Remboursement régime obligatoire (RO)	Remboursement Mutuelle ⁽¹⁾⁽⁸⁾	Remboursement Total y compris régime obligatoire (RO)
SOINS COURANTS	HONORAIRES MEDICAUX ⁽²⁾⁽³⁾			
	Consultations généralistes			
	- Adhérent OPTAM	70%	130%	200%
	- Non adhérent OPTAM	70%	110%	180%
	Consultations spécialistes			
	- Adhérent OPTAM	70%	130%	200%
	- Non adhérent OPTAM	70%	110%	180%
	Visites généralistes et spécialistes			
	- Adhérent OPTAM	70%	130%	200%
	- Non adhérent OPTAM	70%	110%	180%
	Soins à l'étranger pris en charge par le RO	70%	30%	100%
	Transport	65%	35%	100%
	HONORAIRES PARAMEDICAUX ⁽³⁾			
	Infirmiers	60%	90%	150%
	Masseurs-kinésithérapeutes	60%	90%	150%
	Pédicures-podologues	60%	40%	100%
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE ⁽³⁾			
	Actes techniques médicaux et d'échographie			
	- Adhérent OPTAM	70%	130%	200%
	- Non adhérent OPTAM	70%	110%	180%
Actes d'imagerie, radiologie				
- Adhérent OPTAM	70%	130%	200%	
- Non adhérent OPTAM	70%	110%	180%	
Examens de laboratoire	60%	90%	150%	
MATERIEL MEDICAL ⁽⁶⁾				
Prothèse non dentaire, appareillage, orthopédie	60%	165%	225%	
MEDICAMENTS				
Médicaments à vignette blanche, bleue	65% / 30%	35% / 70%	100%	
CURES THERMALES ⁽⁶⁾				
Honoraires, traitement thermal, hébergement, transport pris en charge par le RO	60%	40%	100%	
Forfait cure thermale prise en charge par le RO	-	-	230€	

PREVENTION	PREVENTION ET MEDECINES DOUCES/ALTERNATIVES ⁽⁶⁾			
		Ensemble des actes de prévention décrits à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale dans sa rédaction du 8 juin 2006		
	Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étiopathie	-	-	40€/séance (limité à 120€ par an)

HOSPITALISATION	HOPITALISATION ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁶⁾			
	HONORAIRES			
	Honoraires médecins			
	- Adhérent OPTAM	80%	70%	150%
	- Non adhérent OPTAM	80%	50%	130%
	Honoraires chirurgiens			
	- Adhérent OPTAM	100%	50%	150%
	- Non adhérent OPTAM	100%	30%	130%
	FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER ⁽⁴⁾			
	Participation forfaitaire (décret du 19/06/06)	-	-	100% des frais réels
Frais de séjour	80%	20%	100%	
Forfait journalier hospitalier	-	-	100% des frais réels	
Chambre particulière	-	-	35€/jour (limité à 30 jours /an)	
Transport lié à l'hospitalisation	80%	20%	100%	



O29CAC181 Version 01.01.2021	Remboursement régime obligatoire (RO)	Remboursement Mutuelle ⁽¹⁾⁽⁸⁾	Remboursement Total y compris régime obligatoire (RO)
---------------------------------	---	---	---

OPTIQUE	OPTIQUE (1 équipement tous les 2 ans – Pour les enfants (-16 ans) ou en cas de changement de vue : 1 équipement tous les ans) A partir de la date d'achat du dernier équipement			
	EQUIPEMENT DE CLASSE A - 100% SANTE ⁽⁷⁾			
	Equipelement optique 100% SANTE (monture + verres)	-	-	Prise en charge intégrale
	EQUIPEMENT DE CLASSE B ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾			
	Monture	-	-	100€
	Adulte	1 500% de la base de remboursement, dans la limite de :		
	Verre simple	-	-	25€ à 150€
	Verre complexe	-	-	100€ à 190€
	Verre très complexe	-	-	100€ à 275€
	Enfant	500% de la base de remboursement, dans la limite de :		
	Verre simple	-	-	25 € à 150 €
	Verre complexe	-	-	100 € à 190 €
Verre très complexe	-	-	100 € à 275 €	
AUTRES FRAIS D'OPTIQUE (FORFAIT COMPLEMENTAIRE ANNUEL) ⁽⁶⁾				
Lentilles acceptées / refusées par le RO	60%	40%	100% + 100€/an	

DENTAIRE	DENTAIRE			
	SOINS ET PROTHESES 100% SANTE ⁽⁷⁾			
	Panier « reste à charge nul »	-	-	Prise en charge intégrale
	SOINS ⁽³⁾			
	Consultations, soins dentaires	70%	55%	125%
	Inlay-onlay	70%	55%	125%
	PROTHESES ⁽⁶⁾			
	Inlay-core	70%	55%	125%
	Autres frais dans la limite de 900€/an :			
	Prothèse dentaire acceptée par le RO	70%	230%	300%
Implant dentaire refusé par le RO	-	-	350€/an	
ORTHODONTIE				
Orthodontie acceptée par le RO	100%	-	100%	

AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES			
	EQUIPEMENTS DE CLASSE I - 100% SANTE ⁽⁷⁾			
	Aides auditives par oreille	-	-	Prise en charge intégrale
	AIDES AUDITIVES DE CLASSE II ⁽⁶⁾			
Audioprothèse (1 appareil/an/oreille)	60%	165%	225%	

SERVICES +	GARANTIES SUPPLEMENTAIRES			
	Téléconsultation - MesDocteurs	-	-	Illimité 24h/24 – 7j/7
	Réseau partenaires KALIXIA	-	-	Optique + Audio
	Assistance Hospitalisation - Immobilisation, Info Conseil (Ressources Mutuelles Assistance)	-	-	N° Cristal : 09 72 72 39 16 (appel non surtaxé)



Vos garanties sont conformes au contrat responsable et au 100% santé

L'assurance maladie fixe un tarif pour chaque acte médical, appelé Base de Remboursement (BR), ou Tarif de convention (TC) ou encore Tarif d'Autorité (TA). Tous nos remboursements sont exprimés en base de remboursement de la sécurité sociale (BR) sauf indications contraires.

La Mutuelle des Scop complète le remboursement de l'assurance maladie, en couvrant tout ou partie du reste à charge de l'assuré.

Les garanties santé de la Mutuelle des Scop sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) et s'entendent par bénéficiaire et par année civile.

La Mutuelle des Scop rembourse les prestations au titre des forfaits et dépassement d'honoraires uniquement en cas de prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire (R.O).

ATTENTION : Votre carte d'adhérent mutualiste ne doit être utilisée si vos garanties prennent fin (départ de votre entreprise, résiliation de votre contrat...). Vous devez alors la restituer à votre employeur ou à la Mutuelle. En cas d'utilisation abusive nous serons contraints de vous réclamer les montants versés à tort.

Modalités et contenus des garanties

- (1) Les prestations s'inscrivant dans le respect du parcours de soins sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement Sécurité Sociale (BR SS) et viennent en complément de la participation versée par le Régime obligatoire. Les contrats sont solidaires et responsables au titre de la sécurité sociale.
- (2) Le montant des remboursements de la mutuelle ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droits. La participation forfaitaire de 1€ par acte, les pénalités consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS) ainsi que la franchise médicale restent à la charge de l'assuré. La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité Sociale.
- (3) A compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS) sera remplacé par un nouveau dispositif, l'Option Pratique tarifaire Maitrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgiens et Obstétriciens (OPTAM-CO). La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif de l'OPTAM / OPTAM-CO sera minorée de 20 % par rapport aux garanties mentionnées, et limitée à 100% à compter du 01/01/2017.
- (4) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) 2020 : 3 428 € €
- (5) Un équipement complet par période de deux ans à compter de la date d'achat du dernier équipement. Renouvellement « anticipé » réduit à 1 an pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, en cas de variation de correction à 0.5 pour un verre, ou 0.25 pour les deux. Sans délais pour les enfants de moins de 16 ans en cas de dégradation des performances et pour tous, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (glaucomes, opération de la cataracte etc...). Réduite à 6 mois pour les enfants de 6 ans et moins en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
 1. Verre Unifocal : Verre à simple foyer dont la sphère est comprise jusqu'à une correction de 6 Dioptries et/ou comprenant une correction cylindrique.
 2. Verre multifocal ou progressif : Verre multifocal ou progressif dont la sphère est supérieure à une correction de 6 Dioptries et/ou comprenant une correction cylindrique.
 3. Forte progression : Verre à simple foyer ou progressif dont la sphère est supérieure à une correction de 6 Dioptries et/ou comprenant un cylindre supérieur à une correction de 4 Dioptries.

- (6) Les forfaits et plafonds de garanties sont valables par bénéficiaires et par année civile (pas de report d'une année sur l'autre des forfaits ou plafonds non utilisés). Les remboursements sont effectués sans qu'au total l'assuré puisse recevoir une somme supérieure à ses débours réels.
- (7) Dispositifs 100% santé (ou reste à charge zéro) tels que définis réglementairement.
- (8) TM (Ticket Modérateur) : Le ticket modérateur est la partie de vos dépenses de santé qui reste à votre charge une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part.

Accouchement : L'accouchement est l'action de mettre un enfant au monde. Il consiste en l'expulsion d'un ou plusieurs fœtus de l'utérus de sa mère.

En cas d'accouchement gémellaire il s'agit d'un seul accouchement.

La cure thermale : La cure thermale doit obligatoirement être prescrite par votre médecin ou, parfois, par votre chirurgien-dentiste dans le cas des affections des muqueuses bucco-linguales.

Hébergement pour la cure thermale : Les frais d'hébergement sont remboursés à 65 % par le R.O sur la base d'un forfait fixé à 150,01 euros. La prise en charge du R.O s'élève donc à 97,50 euros.

En cas d'accord du R.O, la Mutuelle des Scop interviendra en complément de valeurs fixées mentionnées au tableau de garantie.

Traitements d'orthodontie : Les traitements d'orthodontie ou traitements d'orthopédie dentofaciale (ODF) sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve d'obtenir l'accord préalable de votre caisse d'Assurance Maladie et s'ils sont commencés avant le 16ème anniversaire.

Soins à l'étranger : Les remboursements des soins à l'étranger de la Mutuelle des Scop s'effectuent sur la base des tarifs de convention de l'assurance maladie. Les soins refusés par le régime obligatoire effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

Transport médical : Samu et/ou Taxi en complément uniquement du régime complémentaire

Soins Actes de prévention 'arrêté du 8 juin 2006' : Détartrage ; Vaccins : Diphtérie, tétanos, poliomyélite, Coqueluche (avant 14 ans), Hépatite B (avant 14ans), BCG (avant 6 ans), Rubéole, Haemophilus influenzae B, Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois ; Ostéodensitométrie...

Informations complémentaires

Si vous acceptez la mise en place de la télétransmission : Votre caisse d'assurance maladie est reliée à la Mutuelle des Scop par télétransmission : **vous êtes remboursé automatiquement sans effectuer aucune démarche par la Mutuelle des Scop** .

Si vous n'avez pas déclaré la Mutuelle des Scop à votre organisme d'assurance maladie ou si la Mutuelle des Scop n'est pas votre première mutuelle : vous devez nous transmettre le décompte original de votre régime d'assurance maladie.

En cas de demande de prise en charge : Votre demande de prise en charge doit être transmise par votre Professionnel de santé, grâce à l'identifiant tiers payant de la Mutuelle des Scop (indiqué au verso de votre carte de tiers payant).

En cas de demande de devis : (en prévision de soins comme, par exemple des soins dentaires prothétiques) vous pouvez déposer vos demandes de devis sur votre espace personnel sur www.mutuelledesscop.fr.

En cas de demande de prise en charge de l'assistance santé RMA : Votre demande de prise en charge doit être signalée directement à Ressources Mutuelles Assistance. **Tél : 09 72 72 39 16.**

Retrouvez toutes vos informations personnelles sur votre espace personnel

www.mutuelledesscop.fr



Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle des Scop – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances –

Produit : O29AC181



la mutuelle
des scop
www.mucs.fr

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

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations et visites médecins, examens médicaux et de laboratoire, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles)
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses non dentaires, orthèses, et appareillages

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation
Chambre particulière
Prévention et médecine douce

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins
- ✓ Service de téléconsultation

L'ASSISTANCE EST SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

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
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité 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)
- ✗ Les soins non remboursés par le régime obligatoire effectués à l'étranger
- ✗ Les dépassements non autorisés par le régime obligatoire



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : en cas d'hospitalisation remboursement de 35€ par jour limité à 30 jours par an par bénéficiaires
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Dentaire** : autre frais (prothèse et implant) plafonnés à 900€ par an par bénéficiaires
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 1 appareil par an par oreille
- ! **Médecine douce** : ostéopathie, étio-pathie, chiropractie, acupuncture, remboursement de 40 € par séance limité à 120€ par an



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ 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.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements. :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose 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).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.