



Santé Classique Mutuelle de l'Est

Votre contact

SANTE MUTUELLE DE L'EST	Eco	Nature	Equilibre	Confort+	Sérénité +	Excellence
SOINS COURANTS (1)+ (2)						
Honoraires médicaux (consultations-visites) praticien adhérent à un DPTAM	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	400% BR
Honoraires médicaux (consultations-visites) praticien n'adhérant pas à un DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR
Analyses en laboratoire/ radiologie	100% BR	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR
Pharmacie remboursée par le RO	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	400% BR
Frais de transport	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	400% BR
Prothèses et appareillage (non dentaire/ non auditif)	100% BR	100% BR	125% BR	150% BR	200% BR	400% BR
Soins à l'étranger remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100%BR	100% BR	100%BR
MEDECINES DOUCES (FORFAIT ANNUEL TOUS POSTES CONFONDUS) (4)						
Homéopathie, micro kinésithérapie	néant	30 €	40 €	25€/acte dans la limite de 4 actes par année	25€/acte dans la limite de 5 actes par année	25€/acte dans la limite de 6 actes par année
Ostéopathie, chiropractie						
Acupuncture, diététicien, étio-pathie						
HOSPITALISATION						
Frais de séjour en établissement hospitalier conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement hospitalier non conventionné	100% BR	100%BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux praticien adhérent à un DPTAM	100% BR	100% BR	125% BR	200% BR	250% BR	Frais réels
Honoraires médicaux et chirurgicaux praticien non adhérent à un DPTAM	100% BR	100% BR	100% BR	175% BR	200% BR	200% BR
Transport	100% BR	100% BR	100% BR	175% BR	200% BR	400% BR
Chambre particulière	Néant	15€/jour	40€/jour	50€/jour	60€/jour	70€/jour
Lit d'accompagnement pour hospitalisation des enfants bénéficiaires de moins de 12 ans	Néant	15€/ jour	20€/jour	30€/jour	40€/jour	50€/jour
Prime de naissance réservée aux assurées (forfait) (4)	Néant	Néant	50 €	75 €	100 €	150 €
DENTAIRE						
Soins dentaires et obturations inlay/onlay	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	400% BR
Prothèses du panier "100% santé"	100% du Prix limite de facturation	100% du Prix limite de facturation	100% du Prix limite de facturation			
Prothèses des paniers "tarifs maîtrisés" et "tarifs libres"	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	400% BR
Orthodontie remboursée par le RO	100% BR	100% BR	125% BR	175% BR	200% BR	400% BR
Forfait Plus annuel après 3 ans (prothèses dentaires hors panier "100% santé" , orthodontie et implantologie remboursées ou non par le RO) (4)	Néant	20 €	100 €	150 €	200 €	250 €

SANTE MUTUELLE DE L'EST	Eco	Nature	Equilibre	Confort+	Sérénité +	Excellence
OPTIQUE						
Equipements classe A du panier "100% santé" (3)	100% du Prix limite de vente					
Equipements classe B à verres simples (3)	50 €	50 €	100 €	165 €	190 €	300 €
Equipements classe B à verres complexes (3)	125 €	125 €	125 €	165 €	190 €	300 €
Equipements classe B à verres très complexes (3)	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €	300 €
Lentilles remboursées ou non par le RO / FORFAIT ANNUEL (4)	50 €	50 €	100 €	165 €	190 €	300 €
Forfait Plus annuel après 3 ans (forfait supplémentaire optique hors panier "100% santé" et / ou opération de la myopie (4)	Néant	Néant	20 €	30 €	50 €	100 €
AIDES AUDITIVES						
Conditions de remboursement jusqu'au 31/12/2020						
Appareil auditif ≤ 20 ans	100% BR	100% BR	100%BR + 50€	100%BR +50€	100% BR+ 100€	100% BR + 200€
Appareil auditif > 20 ans	100% BR	100% BR	150%BR	200% BR	200% BR	300% BR
Conditions de remboursement à compter du 01/01/2021 (5)						
Appareil auditif de classe I du panier "100% santé"	100% du Prix limite de vente					
Appareil auditif de classe II "tarifs libres" ≤ 20 ans	100% BR	100% BR	100%BR + 50€	100%BR +50€	100% BR+ 100€	100% BR + 200€
Appareil auditif de classe II "tarifs libres" > 20 ans	100% BR	100% BR	150%BR	200% BR	200% BR	300% BR
Piles et accessoires et entretien	100% BR					
PREVENTION (FORFAIT ANNUEL TOUS POSTES COMPRIS) (4)						
Pilule micro-dosée ou préservatifs	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
Vaccin anti-grippe						
Substituts nicotiniques						
Dépistage de l'ostéoporose						
ASSISTANCE						
Voir convention spécifique "Assistance"	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus

Adhésion jusqu'à 65 ans : les garanties ci-dessus sont libellées en pourcentage du tarif de responsabilité ou Base de Remboursement du Régime Obligatoire (BR). Elles s'expriment en incluant le remboursement versé par le Régime Obligatoire à l'exception des forfaits. En toute situation, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.

(1) : Pour les consultations, visites, actes techniques et de radiologie réalisés hors parcours de soins, la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés.

(2) : Pour les consultations en psychiatrie, neuropsychiatrie, neurologie et autres spécialités de même nature, les remboursements sont limités à 100% de la Base de Remboursement du régime obligatoire.

(3) : sauf les cas dérogatoires mentionnés aux Conditions Générales, les équipements ne peuvent être renouvelés que par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du précédent équipement. Le remboursement de la monture ne peut pas excéder 100€. Les montants de forfait indiqués incluent le remboursement du Régime Obligatoire.

(4) : Les forfaits sont alloués une fois par an et par bénéficiaire

(5) : Les équipements auditifs s'entendent par bénéficiaire et par oreille. A compter du 1er janvier 2021, le renouvellement de l'équipement se fera par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition du précédent équipement, la prise en charge ne pouvant excéder 1700€ au titre des équipements de Classe II

DPTAM : Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées incluant les anciennes dénomination "Contrat d'Accès aux soins" (CAS) et Option de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM) et Option de Pratiques Tarifaires Maîtrisées Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)

VOTRE DEVIS

Nom prénom : _____

Nb d'assurés : _____

Adresse : _____

N° de tél : _____

e-mail : _____@_____

TABLEAU DES GARANTIES	<i>Eco</i>	<i>Nature</i>	<i>Equilibre</i>	<i>Confort+</i>	<i>Sérénité+</i>	<i>Excellence</i>
TARIF/MOIS	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €	_____ €

Date du devis :

Document non contractuel- devis valable 30 jours à compter de son émission

Code producteur :

DEMANDE D'ADHESION ASSURANCE SANTE

 Affaire nouvelle
 Modification adhésion n°.....
Sociétaire n°.....
Date d'effet demandée :

Echéance annuelle : 1^{er} janvier
Paiement de la cotisation :
 Annuel

 Semestriel

 Trimestriel

 Mensuel

Mode de paiement :
 Prélèvement de 8 du mois

 Par chèque bancaire

Prélèvement obligatoire en cas de fractionnement mensuel ou trimestriel)

LE SOUSCRIPTEUR/ ADHERENT

 M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

N° de tél :

e-mail :

Situation de famille : Marié, PACS, union libre Célibataire Divorcé Veuf

Né(e) le/...../.....

Profession :

N° de Sécurité Sociale :

Code organisme :

 Je demande à bénéficier de la Loi Madelin (pour les TNS uniquement)

LES ASSURES

	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Régime social :			
				M / F	Général	Agricole	TNS	Autres
adhérent/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
conjoint/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfant 1/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfant 2/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfant 3/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfant 4/.../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 je demande l'abrogation des délais d'attente et je joins le certificat de radiation de mon ancienne mutuelle datant de moins de 3 mois + le tableau de mes anciennes garanties (pour les formules Confort+, Sérénité+ et Excellence).

LA COTISATION

 Eco
 Nature
 Equilibre
 Confort+
 Sérénité+
 Excellence

Cotisation mensuelle

_____ €

_____ €

_____ €

_____ €

_____ €

_____ €

La garantie prend effet après acceptation par La MDE à la date figurant sur le Certificat d'Adhésion, établi sur la base des déclarations faites ci-dessus et au plus tôt le lendemain midi du paiement de la première cotisation. Il en va de même pour toute modification.

L'adhérent/ souscripteur déclare :

- ✓ avoir pris connaissance des conditions générales CG-SAC 07/2016 valant notice d'information et vouloir adhérer au contrat groupe n° 5112015 souscrit par l'Association GAMEST sise 6 bd de l'Europe – 68100 Mulhouse,
- ✓ avoir été informé des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration par application des dispositions prévues aux articles L113-8 (nullité du contrat) et L113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances
- ✓ savoir disposer d'un droit d'accès et de rectification auprès de la société pour toute information le concernant (loi « Informatique et Libertés » du 06.01.1978).

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs, ni à supporter de pénalités. Dans ce cas, vous devez adresser votre demande à La MDE selon le modèle de lettre qui suit : « je soussigné... (nom, prénom), demeurant(adresse du souscripteur) déclare renoncer au contrat d'assurance n°... (inscrire le numéro) que j'ai souscrit le ... (date). Date..... Signature du Souscripteur/adhérent.

Fait à

Le :

Signature du souscripteur/adhérent

Précédée de la mention « lu et approuvé »

INFORMATIONS UTILES

Chaque acte médical est rattaché à un code acte défini par une lettre clé. Ce code acte correspond à un montant fixé par le Ministère de la Santé appelé Tarif de Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (**TBRAM**). Ex : pour une consultation de médecin généraliste conventionné, la lettre clé est C et le **TBRAM** fixé par le Ministère de la Santé est de 23 € en 2015.

A chaque code acte, un taux de remboursement par l'A.M. a également été fixé par le Ministère de la Santé : Ex : il est de 70 % pour une consultation de généraliste conventionné : ainsi l'Assurance Maladie vous rembourse : 23 € x 70 % = 16.10 €*.

Qu'en est-il si le médecin généraliste conventionné prend un montant plus élevé : Ex : il prend 35 € pour une consultation ?

La S.S ne tient pas compte des dépassements pris (ici 35 € - 23 € = 12 € de dépassement d'honoraires) et se base toujours sur le TBRAM, soit 23 €.

Comment intervient votre complémentaire santé MDE ? 2 cas peuvent se présenter :

1/ Le médecin ne prend pas de dépassement d'honoraires et vous facture 23 € la consultation. La S.S rembourse 16.10 € et La MDE 6.90 € = 23 €

2/ Le médecin facture 30 € la consultation et prend donc 7 € de dépassement d'honoraires.

La MDE va intervenir en fonction du niveau de garantie choisi. Si vous avez une garantie à :

Taux de la Garantie	Garanties A.M. + MDE	Remboursement de l'A.M.	Remboursement de la MDE	Reste à votre charge
100%	100% x 23€ = 23,00€	23€ x 70% = 16,10€	23,00€ - 16,10€ = 6,90€	30€ - 23,00€ = 7,00€
125%	125% x 23€ = 28,75€	23€ x 70% = 16,10€	28,75€ - 16,10€ = 12,65€	30€ - 28,75€ = 1,25€
150%	150% x 23€ = 34,50€	23€ x 70% = 16,10€	30,00€ - 16,10€ = 13,90€	30€ - 30€ = 0,00€

Le remboursement de la MDE est limité aux frais réels engagés.

* L'assurance maladie vous rembourse 16.10 € - 1€ de participation forfaitaire.

PIECES A PRODUIRE

Avant de nous adresser votre demande d'adhésion, vérifiez que celle-ci soit correctement complétée et signée.

- ✓ copie de votre attestation Vital d'assuré social et/ou des autres assurés
- ✓ un RIB ou RIP pour le prélèvement des cotisations et le paiement des prestations
- ✓ un mandat SEPA
- ✓ un certificat de radiation de moins de 30 jours + le tableau de vos anciennes garanties pour l'éventuelle abrogation des délais d'attente.

et à adresser à : **ASSURANCE DE PERSONNE GAMEST - MDE**

CS 93154

68063 MULHOUSE



Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables
8 avenue Louis Jourdan- BP 158- 01004
Entreprise régie par le Code des Assurances
Fondatrice du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST)
www.bresse-assurances.fr