



Oxygène - Essentiel

... *Mutualité*

2010

PRESTATIONS 2010

NATURE DES ACTES	Assurance Maladie	Compléments et Forfaits MUTIEG 2010			
		OXYGENE		ESSENTIEL	
		Option 1	Option 2	Option 1	Option 2
Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'assurance maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité. Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.					
SOINS COURANTS					
Les garanties entrent dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire de 1 € par acte, les majorations du reste à charge 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 les franchises mises en place au 1er janvier 2008 par les Pouvoirs publics.					
- Consultations et visites -médicalement justifiées- de médecins généralistes	70 %	30 %	80 %	130 %	180 %
- Consultations et visites de médecins spécialistes	70 %	30 %	80 %	130 %	180 %
- Actes techniques médicaux, radiologie et autres actes d'imagerie	70 %	30 %	80 %	130 %	180 %
- Ostéodensitométrie	70 %	80 €	80 €	80 €	80 €
- Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	40 %	140 %	190 %
Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité soit	35 %	65 %	65 %	65 %	65 %
soit	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %
soit	15 %	Néant	Néant	Néant	Néant
Analyses et prélèvements	60 %	40 %	40 %	140 %	190 %
APPAREILLAGE					
- Appareillage - acoustique, orthopédie	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %
+ Forfait	-	155 €	180 €	460 €	620 €
Forfait annuel pour piles d'appareils acoustiques (si rbst SS)	65 %	60 €	60 €	60 €	60 €
Optique (par personne et par an)	65 %	80 %	80 %	35 %	35 %
Forfait verres, montures, lentilles correctrices	-	120 €	185 €	270 €	375 €
Forfait annuel lentilles correctrices jetables	-	60 €	95 €	270 €	375 €
Chirurgie corrective non prise en charge SS (par œil)	-	100 €	150 €	180 €	300 €
DENTAIRE					
Soins dentaires	70 %	30 %	30 %	130 %	180 %
Détartrage annuel des dents	70 %	30 %	30 %	130 %	180 %
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	70 %	30 %	30 %	130 %	180 %
Orthodontie et Prothèses prises en charge par l'assurance maladie	70 %	80 %	170 %	300 %	400 %
Prothèses non prises en charge par l'assurance maladie mais figurant à la NGAP*	-	100 %	190 %	300 %	400 %
Orthodontie et prothèse dentaire prises en charge par l'assurance maladie	100 %	50 %	140 %	250 %	350 %
<u>Le cumul des remboursements des prothèses dentaires ne peut excéder par an et par bénéficiaire</u>		550 €	700 €	700 €	1 000 €
- Parodontologie (forfait annuel)	-	460 €	460 €	460 €	460 €
- Implant	-	215 €	220 €	225 €	230 €
- Inlay et onlay, forfait par dent	-	15 €	15 €	15 €	15 €
* NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels					
HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE					
- Frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
- Chambre particulière médecine et chirurgie (90 jours par hospitalisation)	-	55 €	60 €	50 €	70 €
- Frais d'accompagnant médecine et chirurgie (enfant de - de 16 ans et ascendant de + de 70 ans)	-	40 €	45 €	30 €	30 €
- Chambre particulière maternité (durée de 8 jours maximum)	-	55 €	60 €	50 €	70 €
Transport	65 %	35 %	35 %	135 %	185 %
Forfait journalier (90 j. maximum par hospitalisation) : montant connu au jour d'impression		18 €	18 €	18 €	18 €
Dépassements (frais de séjour, frais de salle d'opération) :					
Etablissement conventionné	-	-	50 %	100 % FR	100 % FR
Etablissement non conventionné (5 300 € maximum)	-	-	50 %	90 % FR	90 % FR
FR = Frais Réels (y compris chambre particulière)					
AUTRES PRESTATIONS					
Cure thermale acceptée par l'assurance maladie	65 %	190 €	190 €	150 €	300 €
Vaccins	-	40 €	40 €	40 €	40 €
Aide ménagère - travailleuse familiale sur prise en charge de l'aide sociale, de la C.N.A.V.T.S ou de la C.A.F : participation horaire maximum	-	5 €/h	5 €/h	5 €/h	5 €/h
FRANCHISE SUR LES ACTES ONÉREUX	-	18 €	18 €	18 €	18 €
SPÉCIAL PERSONNES HANDICAPÉES TITULAIRES D'UNE CARTE INVALIDITÉ À 80%					
Prestations équipement et réparation pour les handicaps moteur ou visuel	-	500 €/an	500 €/an	500 €/an	500 €/an

• A NOTER

Limite d'âge lors d'une nouvelle adhésion : moins de 65 ans (né en 1946 et après).

Date d'effet de l'adhésion

Votre adhésion sera effective après réception de votre bulletin d'adhésion rempli et signé, éventuellement accompagné de votre 1^{er} versement correspondant à 1 mois de cotisation pour éviter un premier prélèvement double lié aux délais de traitement.

Ouverture des droits à prestation

A partir de la date d'effet de votre adhésion :

- 3 mois pour les soins courants, l'optique, les soins dentaires, les vaccins et l'aide-ménagère - travailleuse familiale
- 6 mois pour les autres prestations

Si vous venez d'un autre organisme complémentaire, votre affiliation ou adhésion débutera au 1^{er} jour du mois suivant la date de radiation du précédent organisme, à condition que votre dossier nous soit parvenu dans les 3 mois qui suivent cette date.

Dans ce cas, aucun délai d'attente ne vous sera imposé pour les droits à prestation. Cependant, le certificat de radiation doit nous être adressé aussitôt que possible : l'ouverture des droits à prestation ne sera effective qu'après sa réception.

Règlement des prestations

- Service NOEMIE : Ce service évite l'envoi de vos décomptes ; le traitement d'échange informatique s'en charge. Pour certains remboursements (par exemple en optique), il convient cependant de nous adresser une facture originale acquittée.
- TIERS PAYANT : Optique, dentaire, laboratoire, radiologie, selon les accords sur votre département. Il vous dispense de l'avance de frais, si vous n'avez bénéficié que de la part Sécurité Sociale, adressez-nous le reçu de ticket modérateur délivré par le professionnel de santé (exemple pour la pharmacie : duplicata de la feuille de soins).
- Dans les autres cas : Le règlement des prestations s'effectue sur présentation des décomptes originaux délivrés par le régime obligatoire et/ou les décomptes délivrés par les organismes complémentaires de même niveau, plus le cas échéant les pièces justificatives ci-après mentionnées :
 - a) pour les remboursements restants à la charge de l'adhérent, en cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité, après intervention du régime obligatoire et des régimes facultatifs :
 - soins médicaux et chirurgicaux, frais d'optique, de prothèses dentaires ou traitement d'orthodontie ; facture originale acquittée détaillant les actes pratiqués ;
 - frais d'appareillage : facture originale acquittée
 - frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : facture originale acquittée de l'établissement avec bulletin d'hospitalisation et le cas échéant, celles des dépenses accessoires (frais de chambre particulière, de paiement du forfait journalier).
 - cures thermales : facture originale acquittée, frais d'hébergement et de transport.
 - b) pour la prise en charge des dépenses de santé ne donnant pas lieu à intervention du régime obligatoire mais cependant codifiées dans la nomenclature SS :
 - notification du refus par le régime obligatoire accompagné d'un justificatif du remboursement partiel et de la note d'honoraires précisant le montant réellement payé.
 - c) pour la prise en charge des dépenses de santé ne donnant pas lieu à une intervention du régime de protection sociale obligatoire (hors nomenclature de la SS), par exemple certains vaccins :
 - fournir l'original de la note d'honoraires du praticien et la facture du fournisseur.
- **Un relevé mensuel des prestations versées vous est adressé par voie postale. Sur simple demande de votre part, ce relevé vous est envoyé à votre adresse Internet à chaque versement de prestations et non plus par voie postale.**

MUTIEG Services

MUTIEG avec Mondial Assistance intègre pour les bénéficiaires une assistance à domicile en cas d'accident, de maladie soudaine et non chronique (nécessitant hospitalisation ou immobilisation au domicile) ou de décès ainsi qu'une aide dans leurs démarches.

LOI N° 89-10009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

Art. 9 – Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais réels restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

DÉCRET N° 90-769 DU 30 AOÛT 1990

Art. 2 – Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Art. 34 - Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour l'exercer, adressez-vous par courrier à MUTIEG - 37 Rue de Châteaudun - 75009 PARIS ou par Internet à infos@mutieg.fr

● Oxygène - Option 1

	NÉ EN 1982 & APRÈS	NÉ ENTRE 1981 & 1972	NÉ ENTRE 1971 & 1962	NÉ ENTRE 1961 & 1952	NÉ EN 1951 & AVANT
Adhérent seul	23 €	25,75 €	29,75 €	46 €	54,50 €
Couple	46 €	51,50 €	59,50 €	92 €	109 €
Enfant	20,50 €	20,50 €	20,50 €	20,50 €	20,50 €

Sans cotisation supplémentaire à partir du 4^{ème} enfant.

● Oxygène - Option 2

	NÉ EN 1982 & APRÈS	NÉ ENTRE 1981 & 1972	NÉ ENTRE 1971 & 1962	NÉ ENTRE 1961 & 1952	NÉ EN 1951 & AVANT
Adhérent seul	35,25 €	38,50 €	48,50 €	59,75 €	78,75 €
Couple	70,50 €	77 €	97 €	119,50 €	157,50 €
Enfant	31,25 €	31,25 €	31,25 €	31,25 €	31,25 €

Sans cotisation supplémentaire à partir du 4^{ème} enfant.

● Essentiel

Option 1

Option 2

	NÉ EN 1951 & APRÈS	NÉ EN 1950 & AVANT	NÉ EN 1951 & APRÈS	NÉ EN 1950 & AVANT
Adhérent seul	90 €	135 €	113 €	159 €
Adhérent + 1 bénéficiaire	178 €	262 €	213 €	309 €
Adhérent + 2 bénéficiaires	262 €	388 €	321 €	462 €

Sans cotisation supplémentaire au-delà du 3^{ème} bénéficiaire.

Les nouvelles adhésions pour les garanties Oxygène et Essentiel sont réservées aux personnes nées en 1946 et après.