

PARTIE À RENSEIGNER PAR L'ASSURÉ

M. Mme Mlle Nom : _____

Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____ N° de Sécurité Sociale : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Situation de famille : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Vie maritale Nombre d'enfants _____

Adhésion : Isolée (salarié seul) Familiale (salarié + ayants droit)

| Bénéficiaire | Nom | Prénom | Date de naissance | Numéro de Sécurité Sociale |
|--------------|-----|--------|-------------------|----------------------------|
| Conjoint | | | _____ | _____ |
| Enfant | | | _____ | _____ |
| Enfant | | | _____ | _____ |
| Enfant | | | _____ | _____ |
| Enfant | | | _____ | _____ |

Je souhaite bénéficier du système de télétransmission directe des décomptes de la Sécurité Sociale afin d'accélérer mes remboursements.

GARANTIES RETENUES

| | Cotisations | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Isolé* | Duo (2 assurés) ** | Famille*** |
| Formule 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tarif mensuel en euros* | 15,33 € | 27,57 € | 40,51 € |
| Formule 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tarif mensuel en euros* | 24,85 € | 45,67 € | 67,66 € |

+ dont 0,76€ de frais de prélèvements bancaires

* Adhésion isolée : salarié seul | ** Adhésion duo : Isolé + enfant ou couple (3 cas possibles : mariés - Pacsés ou concubinage notoire) | *** Adhésion famille (salarié + ayants droit)

Les informations recueillies ont un caractère obligatoire et sont nécessaires au traitement de votre dossier.

Conformément à la loi 78/17 du 6 janvier 1978, vous disposez, auprès de MMA IARD d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données.

DOCUMENTS À JOINDRE À LA SOUSCRIPTION

- Un RIB.
- La copie de l'attestation délivrée avec la Carte Vitale et celles du conjoint et des enfants ayant leur propre immatriculation.
- Copie des certificats de scolarité pour les enfants ayants droit de 18 à 26 ans poursuivant des études.

- Je déclare avoir reçu un exemplaire des conditions générales du présent contrat.
- Je déclare avoir reçu un exemplaire du Document d'information sur le produit d'Assurance.
- Je déclare avoir pris connaissance que les garanties des Options facultatives viennent en complément de celles d'une première mutuelle couvrant au maximum le ticket modérateur sur l'ensemble des prestations prises en charge par le régime obligatoire.

Fait à : _____

Le : _____

Signature de l'adhérent, précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Signature

Les prestations relatives à chaque option sont exprimées en complément de celles versées au titre du régime de base obligatoire dans la limite des frais réels restant à charge après l'éventuel remboursement prévu au titre du régime de base obligatoire.

NATURE DES FRAIS

| | Formule 1 | Formule 2 |
|--|--|--|
| SOINS COURANTS (Y COMPRIS MATERNITÉ) | | |
| Consultations médicales et visites médicales du généraliste | | |
| Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % BR | 200% BR |
| Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée** | 5 % BR | 5 % BR |
| Consultations médicales et visites médicales du spécialiste | | |
| Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % BR | 200% BR |
| Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée** | 5 % BR | 5 % BR |
| Actes techniques médicaux | | |
| Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % BR | 200% BR |
| Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée** | 5 % BR | 5 % BR |
| Frais d'analyses médicales, examens de laboratoire et biologie médicale | 100 % BR | 200% BR |
| Actes d'auxiliaires médicaux | 100 % BR | 200% BR |
| Actes d'imagerie médicale | | |
| Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % BR | 200% BR |
| Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée** | 5 % BR | 5 % BR |
| Prothèses médicales non dentaires prises en charge par le RO | | |
| Prothèses auditives | 100 % BR | 200% BR |
| Prothèses orthopédiques | 100 % BR | 200% BR |
| Fournitures et appareillages médicaux non dentaires | 100 % BR | 200% BR |
| MÉDECINE DOUCE | | |
| Ostéopathie, chiropraxie, diététique, acupuncture, homéopathie par année civile et par bénéficiaire | 10 € par séance dans la limite de 4 séances toutes spécialités confondues | 20 € par séance dans la limite de 4 séances toutes spécialités confondues |
| OPTIQUE - Forfait par période de 2 ans (2) | | |
| Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) corrigeant un déficit de vision ou une combinaison de déficits TOUTES LES DEUX ANNÉES DITES GLISSANTES POUR UN BÉNÉFICIAIRE ÂGÉ DE 18 ANS OU PLUS décomptées à partir de la date d'acquisition dudit équipement. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année. | | |
| Montures et verres pris en charge par le RO | | |
| 1 monture + 2 verres simples | 75 € | 200 € |
| 1 monture + 2 verres complexes | 100 € | 200 € |
| 1 monture + 2 verres hypercomplexes | 100 € | 200 € |
| 1 monture + 1 verre simple et 1 verre complexe | 100 € | 200 € |
| 1 monture + 1 verre simple et 1 verre hypercomplexe | 100 € | 200 € |
| 1 monture + 1 verre complexe et 1 verre hypercomplexe | 100 € | 200 € |
| En tout état de cause, quel que soit le niveau de correction du défaut visuel, le remboursement de la monture prise en charge par le RO ne pourra excéder 150 € | | |
| Lentilles correctrices, par année civile et par bénéficiaire | | |
| • Prises en charge par le RO | | |
| En tout état de cause, les lentilles correctrices prises en charge par le RO sont remboursées par l'Assureur au moins à hauteur de 100 % du ticket modérateur. | 75 € | 150 € |
| Chirurgie réfractive (par œil) | 75 € | 150 € |

* Médecins OPTAM/OPTAM-CO : médecins adhérents à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou à l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens et Obstétriciens.

** Médecins non OPTAM/OPTAM-CO : médecins non adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO. Contrat d'Accès aux Soins ou aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : dispositifs par lesquels les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés.

Pour savoir si votre médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>

NATURE DES FRAIS

| | Formule 1 | Formule 2 |
|--|--|--|
| DENTAIRE | Plafond sur les prothèses dentaires et orthodontie prise en charge par le RO, par année civile et par bénéficiaire : 750 € Au-delà de cette limitation, et dans le cadre du respect des obligations relatives au panier de soins, les prothèses dentaires prises en charge par le RO seront remboursées à hauteur de 55 % | Plafond sur les prothèses dentaires et orthodontie prise en charge par le RO, par année civile et par bénéficiaire : 1 000 € Au-delà de cette limitation, et dans le cadre du respect des obligations relatives au panier de soins, les prothèses dentaires prises en charge par le RO seront remboursées à hauteur de 55 % |
| Prothèses dentaires Prises en charge par le RO (dont couronne sur implant) | 100% BR | 200% BR |
| Traitement orthodontique Pris en charge par le RO | 100% BR | 200% BR |
| Prothèses dentaires Non prises en charge par le RO par prothèse | 107,50 € | 215 € |
| Traitement orthodontique Parodontologie non prise en charge par le RO Implantologie non prise en charge par le RO (hors couronne sur implant) par année civil et par bénéficiaire | 250 € sur l'ensemble des garanties | 500 € sur l'ensemble des garanties |
| HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITÉ) | | |
| Honoraires du ou des praticiens - Actes de chirurgie, anesthésie et réanimation (y compris pour les actes en ambulatoire) | | |
| Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée * | 100% BR | 200% BR |
| Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ** | 5% BR | 5% BR |
| Chambre particulière (par jour) dans la limite de 90 jours par année civile et par bénéficiaire en cas d'hospitalisation en service psychiatrique | 25 € | 50 € |
| FRAIS DE TRANSPORT | | |
| Frais de transport, prescrits médicalement, pris en charge par le RO | 100% BR | 200% BR |
| CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR LE RO | | |
| Forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement, par année civile et par bénéficiaire | 100 € | 200 € |
| MATERNITÉ OU ADOPTION D'UN ENFANT DE MOINS DE 12 ANS | | |
| Indemnité forfaitaire | 100 € | 200 € |
| PRESTATIONS DE PRÉVENTION | | |
| Dépistage, tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans | | |
| Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée * | 100% BR | 200% BR |
| Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ** | 5% BR | 5% BR |
| Dépistage de l'hépatite B | 100% BR | 200% BR |
| Bilan initial des troubles du langage oral et écrit (avant 14 ans) | 100% BR | 200% BR |
| Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans | | |
| Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée * | 100% BR | 200% BR |
| Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ** | 5% BR | 5% BR |

* Médecins OPTAM/OPTAM-CO : médecins adhérents à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou à l'OPTAM-CO pour les Chirurgiens et Obstétriciens.

** Médecins non OPTAM/OPTAM-CO : médecins non adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO. Contrat d'Accès aux Soins ou aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : dispositifs pour lesquels les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés.

Pour savoir si votre médecin adhère à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO ou non, rendez-vous sur <http://annuaire.sante.ameli.fr>