



**Contrat responsable et solidaire**

	AMO	AMO + remboursements complémentaires* et forfaits MFAS**	
<b>HOSPITALISATION</b>	<b>Frais de séjour</b>		
	○ Soins, en médecine, chirurgie, maternité.....	80 ou 100 %	200 %
	○ Chambre particulière, tout type de séjour d'au moins une nuitée : par an/bénéficiaire.....		55 € par jour
	○ Séjour accompagnant d'un bénéficiaire inscrit au contrat : 60 jours par an par bénéficiaire.....	–	30 € par jour
	○ Franchise pour actes lourds ≥ à 120 €.....	–	FRAIS RÉELS
	<b>Forfait journalier hospitalier (sauf en EHPAD ou MAS).....</b>	–	FRAIS RÉELS
<b>SOINS COURANTS</b>	<b>Honoraires</b>		
	○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins ayant signé le DPTAM <sup>1</sup> .....	80 %	200 %
	○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTAM.....	80 %	180 %
	<b>Forfait Patient Urgences.....</b>	–	FRAIS RÉELS
	<b>Honoraires médicaux</b>		
	○ Consultations et visites généralistes médecins ayant signé le DPTAM.....	70 %	170 %
	○ Consultations et visites généralistes médecins n'ayant pas signé le DPTAM.....	70 %	150 %
	○ Consultations et visites spécialistes médecins ayant signé le DPTAM.....	70 %	200 %
	○ Consultations et visites spécialistes médecins n'ayant pas signé le DPTAM.....	70 %	170 %
	○ Actes techniques médicaux, médecins ayant signé le DPTAM.....	70 %	200 %
	○ Actes techniques médicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTAM.....	70 %	170 %
	<b>Honoraires paramédicaux</b>		
○ Ostéodensitométrie, forfait par an et par personne.....	–	jusqu'à 200 €	
○ Forfait** moyens de contraception.....	–	jusqu'à 200 €	
○ Forfait** Bien-Être <sup>2</sup> : Chiropractie, ostéopathie, diététique, acupuncture, étio-pathie, pédicurie-podologie psychologue, sexologue, sevrage tabagique.....	–	jusqu'à 200 €	
<b>Analyses et examens de laboratoire.....</b>	60 %	100 %	
<b>Médicaments</b>			
○ Pharmacie à Service Médical Rendu Important.....	65 %	100 %	
○ Pharmacie à Service Médical Rendu Modéré.....	30 %	100 %	
○ Pharmacie à Service Médical Rendu Faible.....	15 %	100 %	
<b>Autres soins courants</b>			
○ Radiologie, échographie, médecins ayant signé le DPTAM.....	70 %	200 %	
○ Radiologie, échographie, médecins n'ayant pas signé le DPTAM.....	70 %	170 %	
○ Tout transport.....	65 %	100 %	
○ Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes...).....	60 %	100 %	
<b>Matériel médical</b>			
○ Appareillage (prothèses orthopédiques...).....	60 %	100 % + 250 €	
<b>OPTIQUE</b>	<b>Lentilles.....</b>	60 %	100 % + 200 €**
	<b>Opération de la vue, pour les 2 yeux.....</b>	–	250 €
	<b>Verres et montures RAC 0 appelé 100 % santé.....</b>	60 %	
	<b>Autres prestations optiques (appareillage...).....</b>	60 %	Voir annexe Optique
<b>DENTAIRE</b>	<b>Orthodontie prise en charge par l'AMO :</b>		
	○ Forfait diagnostic.....	70 ou 100 %	100 % + 70 €
	○ Forfait pour traitement, par semestre et par bénéficiaire.....	–	500 €
	<b>Forfait actes non pris en charge par l'AMO ( prothèses non remboursées, parodontie, implantologie)...</b>	–	400 €
<b>Soins et prothèses RAC 0 appelé 100 % santé.....</b>	70 %	Voir annexe Dentaire	
<b>AIDES AUDITIVES</b>	<b>Aides Auditives RAC 0 appelé 100 % santé.....</b>	60 %	Voir annexe Audition
	<b>Piles.....</b>	60 %	100 %
<b>CURES</b>	<b>Cures</b>		
	○ Soins forfaits thermaux.....	65 %	100 %
	○ Honoraires de surveillance.....	70 %	100 %
○ Frais de transport remboursés par l'AMO et d'hébergement.....	–	150 €	
<b>LES «+»</b>	<b>Prévention</b>		
	○ Forfait vaccination anti-rotavirus et/ou anti-papillomavirus.....	–	jusqu'à 200 €
	○ Vaccination anti-grippe quelque soit l'âge.....	–	FRAIS RÉELS
	○ Magazine VIVA pour votre information.....	–	gratuit
	○ Télé-médecine (Medaviz).....	–	gratuit
	<b>Allocation</b>		
○ Fécondation in vitro, amniocentèse et péridurale non remboursée par l'AMO (forfait annuel).....	–	jusqu'à 200 €	

<sup>1</sup> DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée  
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée  
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

<sup>2</sup> Forfait Bien-Être : sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADEL1 ou RPPS.

En application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux art. L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du même code. Les dépassements d'honoraires facturés hors parcours de soins ne sont pas pris en charge par la mutuelle.  
\*Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) de votre caisse d'assurance maladie (AMO), dans la limite des dépenses engagées.  
\*\*Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire.  
Garantie en vigueur au 01.01.2023

# Annexe Optique

## ALP'PROTECTOR SANTÉ - GARANTIE A

ÉQUIPEMENT	Classe A	Classe B
	RAC 0 appelé 100 % SANTÉ*	PRIX DE VENTE LIBRE**
<b>Catégorie A</b> Équipement composé de 2 verres «simples» verres simple foyer avec : ○ Sphère comprise entre - 6 et + 6 et cylindre =< 4	FRAIS RÉELS	240 €
<b>Catégorie B</b> Équipement mixte composé d'un verre «simple» et d'un verre «complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie C	FRAIS RÉELS	290 €
<b>Catégorie C</b> Équipement composé de 2 verres «complexes» - verres simple foyer avec : ○ Sphère > - 6 ou > + 6 ou cylindre > 4 ○ verres multifocaux ou verres progressifs	FRAIS RÉELS	340 €
<b>Catégorie D</b> Équipement mixte composé d'un verre «simple» et d'un verre «très complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	330 €
<b>Catégorie E</b> Équipement mixte composé d'un verre «complexe» et d'un verre «très complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie C et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	380 €
<b>Catégorie F</b> Équipement composé de 2 verres «très complexes» Verres pour adultes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique avec : ○ Sphère hors zone - 8 ou > + 8 Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec : ○ Sphère hors zone - 4 ou > + 4	FRAIS RÉELS	420 €
<b>Autres prestations optiques</b> Adaptation de la correction visuelle effectuée par l'opticien, Appairage, Verres avec filtre, Autres suppléments (prisme, système antiphtosis, verres iséioniques)	FRAIS RÉELS	100 %

\* Le montant de la monture de l'équipement Classe A 100 % SANTÉ ne dépassera pas 30 €

\*\* Le montant de la prise en charge de la monture de l'équipement Classe B ne dépassera pas 100 €

Prise en charge limitée à 1 équipement tous les 2 ans. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans inclus, renouvellement possible tous les 6 mois en cas de mauvaise adaptation morphologique de la monture. La période de 1 ou 2 ans commence à la date d'acquisition de l'équipement.

# Annexe Dentaire

## ALP'PROTECTOR SANTÉ - GARANTIE A

	PANIER RAC 0 appelé 100 % SANTÉ	PANIER A RAC MAÎTRISÉ	PANIER A TARIFS LIBRES
<b>SOINS DENTAIRES</b>	FRAIS RÉELS	120 %	120 %
<b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>	FRAIS RÉELS	300 %	300 %
<b>INLAY CORE</b>	FRAIS RÉELS	170 %	170 %
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Couronne métallique - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1<sup>ère</sup> prémolaire - Couronne Céramique monolithique (zircone) hors molaire - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1<sup>ère</sup> prémolaire</li> <li>○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie</li> <li>○ Bridge céramo-métallique sur incisive - Bridge métallique pour toute dent</li> <li>○ Prothèse amovible à plaque base résine</li> <li>○ Réparations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2<sup>ème</sup> prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2<sup>ème</sup> prémolaire</li> <li>○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay métallique</li> <li>○ Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)</li> <li>○ Prothèse amovible sur châssis métallique</li> <li>○ Réparations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée</li> <li>○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique</li> <li>○ Bridge céramo-céramique</li> <li>○ Prothèse amovible supra-implantaire</li> <li>○ Adjonctions</li> <li>○ Implants</li> </ul>

# Annexe Audition

## ALP'PROTECTOR SANTÉ - GARANTIE A

	CLASSE I RAC 0* appelé 100 % SANTÉ	CLASSE II Tarif libre
<b>ÉQUIPEMENT AUDITIF</b>	FRAIS RÉELS	100 % + 300 €**

\*Équipement renouvelable tous les 4 ans. Tous les types : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire avec, a minima, 12 canaux de réglage. 3 options disponibles. \*\* Dans la limite de 1 700 € de remboursement par oreille, remboursement de l'Assurance maladie obligatoire compris.

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle de France Alpes du Sud – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 782 416 127, sise « 16 avenue des Arcades – 04200 SISTERON ».

## GAMME PROTEC'TER

**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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans les tableaux de garanties.**

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

Le produit **Alp Protec'Ter** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent ou affilié et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et solidaires.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des salariés assurés.

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, 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), orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses

#### LES GARANTIES OPTIONNELLES

Honoraires médicaux/hospitalisation  
Chambre particulière, forfait accompagnant  
Implants dentaires et parodontologie  
Chirurgie réfractive  
Médecine douce  
Médicaments à 15%

#### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau d'agences de proximité
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins

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,
  - ✗ dans 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, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ 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).



### 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** : remboursement plafonné et limité dans la durée
- !! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- !! **Dentaire** : prise en charge plafonnée et limitée dans la durée.
- !! **Appareillage auditif** : remboursement limité dans la durée (tous les 4 ans)



## Où les salariés assurés sont-ils couverts ?

- ✓ 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 bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat et dans les délais prévus.

#### En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer la mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée, dans le mois qui suit la connaissance 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,
  - Changement de profession : dans ce cas, le mutualiste doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables par le souscripteur (part employeur et précompte salarial) selon les dispositions prévues par le contrat et conformément à l'appel de cotisations.

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 sur le bulletin d'adhésion / d'affiliation. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent 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 :

Toute adhésion est souscrite pour une période prenant fin au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1er janvier, sauf résiliation :

à la date d'échéance, Dans ce cas, le membre participant peut demander la résiliation avant le 31 octobre de chaque année. La résiliation ne peut prendre effet que si la totalité de la cotisation due a bien été acquittée.

dans les conditions de la loi Châtel prévue à l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité,

en cours d'année en cas de changement de situation personnelle de l'adhérent en lien avec le contrat en application de l'article L221-17 du code de la mutualité. Dans ce cas, la fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

A tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion en application de l'article L221-10-2 du code de la mutualité. Dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois après réception de la demande. La notification de la dénonciation ou de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée au choix de l'adhérent :

- Soit par lettre (au 16 avenue des Arcades – 04200 SISTERON) ou tout autre support durable (ex : email à [contact@mfas.fr](mailto:contact@mfas.fr)) ;
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou dans nos agences ;
- Soit par acte extrajudiciaire.

**Contrat responsable et solidaire**

	AMO	AMO + remboursements complémentaires* et forfaits MFAS**	
<b>HOSPITALISATION</b>	<b>Frais de séjour</b>		
	○ Soins, en médecine, chirurgie, maternité.....	80 ou 100 %	150 %
	○ Chambre particulière, tout type de séjour d'au moins une nuitée : par an/bénéficiaire .....	-	40 € par jour
	○ Séjour accompagnant d'un bénéficiaire inscrit au contrat : 60 jours par an par bénéficiaire.....	-	25 € par jour
	○ Franchise pour actes lourds ≥ à 120 € .....	-	FRAIS RÉELS
<b>Forfait journalier hospitalier (sauf en EHPAD ou MAS) .....</b>	-	FRAIS RÉELS	
<b>Honoraires</b>			
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins ayant signé le DPTAM <sup>1</sup> .....	80 %	150 %	
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	80 %	130 %	
<b>Forfait Patient Urgences .....</b>	-	FRAIS RÉELS	
<b>SOINS COURANTS</b>	<b>Honoraires médicaux</b>		
	○ Consultations et visites généralistes médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	140 %
	○ Consultations et visites généralistes médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	120 %
	○ Consultations et visites spécialistes médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	150 %
	○ Consultations et visites spécialistes médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	130 %
	○ Actes techniques médicaux, médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	150 %
	○ Actes techniques médicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	130 %
	<b>Honoraires paramédicaux</b>		
	○ Ostéodensitométrie, forfait par an et par personne .....	-	jusqu'à 150 €
	○ Forfait** moyens de contraception.....	-	jusqu'à 150 €
	○ Forfait** Bien-Être <sup>2</sup> : Chiropractie, ostéopathie, diététique, acupuncture, étiopathie, pédicurie-podologie, psychologue, sexologue, sevrage tabagique.....	-	jusqu'à 150 €
	<b>Analyses et examens de laboratoire .....</b>	60 %	100 %
	<b>Médicaments</b>		
	○ Pharmacie à Service Médical Rendu Important .....	65 %	100 %
	○ Pharmacie à Service Médical Rendu Modéré.....	30 %	100 %
○ Pharmacie à Service Médical Rendu Faible.....	15 %	100 %	
<b>Autres soins courants</b>			
○ Radiologie, échographie, médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	150 %	
○ Radiologie, échographie, médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	130 %	
○ Tout transport.....	65 %	100 %	
○ Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes.....)	60 %	100 %	
<b>Matériel médical</b>			
○ Appareillage (prothèses orthopédiques.....)	60 %	100 % + 200 €**	
<b>OPTIQUE</b>	<b>Lentilles .....</b>	60 %	100 % + 150 €**
	<b>Opération de la vue, pour les 2 yeux .....</b>	-	200 €
	<b>Verres et montures RAC 0 appelé 100 % santé.....</b>	60 %	Voir annexe Optique
	<b>Autres prestations optiques (appareillage.....)</b>	60 %	Voir annexe Optique
<b>DENTAIRE</b>	<b>Orthodontie prise en charge par l'AMO :</b>		
	○ Forfait diagnostic .....	70 ou 100 %	100 %
	○ Forfait pour traitement, par semestre et par bénéficiaire .....	-	250 €
<b>Forfait actes non pris en charge par l'AMO ( prothèses non remboursées, parodontie, implantologie).....</b>	-	300 €**	
<b>Soins et prothèses RAC 0 appelé 100 % santé.....</b>	70 %	Voir annexe Dentaire	
<b>AIDES AUDITIVES</b>	<b>Aides Auditives RAC 0 appelé 100 % santé.....</b>	60 %	Voir annexe Audition
	<b>Piles .....</b>	60 %	100 %
<b>CURES</b>	<b>Cures</b>		
	○ Soins forfaits thermaux.....	65 %	100 %
	○ Honoraires de surveillance .....	70 %	100 %
○ Frais de transport remboursés par l'AMO et d'hébergement .....	-	100 €	
<b>LES «+»</b>	<b>Prévention</b>		
	○ Forfait** vaccination anti-rotavirus et/ou anti-papillomavirus .....	-	jusqu'à 150 €
	○ Vaccination anti-grippe quel que soit l'âge .....	-	FRAIS RÉELS
	○ Magazine VIVA pour votre information .....	-	gratuit
	○ Télémedecine (Medaviz).....	-	gratuit
	<b>Allocation</b>		
	○ Fécondation in vitro, amniocentèse et péridurale non remboursée par l'AMO (forfait annuel) .....	-	jusqu'à 150 €

<sup>1</sup> DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée  
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée  
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

<sup>2</sup> Forfait Bien-Etre : sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADELI ou RPPS.

En application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux art. L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du même code. Les dépassements d'honoraires facturés hors parcours de soins ne sont pas pris en charge par la mutuelle.  
\*Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) de votre caisse d'assurance maladie (AMO), dans la limite des dépenses engagées.  
\*\*Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire.  
Garantie en vigueur au 01.01.2023

# Annexe Optique

## ALP'PROTECTOR SANTÉ - GARANTIE B

ÉQUIPEMENT	Classe A	Classe B
	RAC 0 appelé 100 % SANTÉ*	PRIX DE VENTE LIBRE**
<b>Catégorie A</b> Équipement composé de 2 verres «simples» verres simple foyer avec : ○ Sphère comprise entre - 6 et + 6 et cylindre =< 4	FRAIS RÉELS	165 €
<b>Catégorie B</b> Équipement mixte composé d'un verre «simple» et d'un verre «complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie C	FRAIS RÉELS	190 €
<b>Catégorie C</b> Équipement composé de 2 verres «complexes» - verres simple foyer avec : ○ Sphère > - 6 ou > + 6 ou cylindre > 4 ○ verres multifocaux ou verres progressifs	FRAIS RÉELS	215 €
<b>Catégorie D</b> Équipement mixte composé d'un verre «simple» et d'un verre «très complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	220 €
<b>Catégorie E</b> Équipement mixte composé d'un verre «complexe» et d'un verre «très complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie C et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	245 €
<b>Catégorie F</b> Équipement composé de 2 verres «très complexes» Verres pour adultes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique avec : ○ Sphère hors zone - 8 ou > + 8 Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec : ○ Sphère hors zone - 4 ou > + 4	FRAIS RÉELS	275 €
<b>Autres prestations optiques</b> Adaptation de la correction visuelle effectuée par l'opticien, Appairage, Verres avec filtre, Autres suppléments (prisme, système antiphtosis, verres iséioniques)	FRAIS RÉELS	100 %

\* Le montant de la monture de l'équipement Classe A 100 % SANTÉ ne dépassera pas 30 €

\*\* Le montant de la prise en charge de la monture de l'équipement Classe B ne dépassera pas 75 €

Prise en charge limitée à 1 équipement tous les 2 ans. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans inclus, renouvellement possible tous les 6 mois en cas de mauvaise adaptation morphologique de la monture. La période de 1 ou 2 ans commence à la date d'acquisition de l'équipement.

# Annexe Dentaire

## ALP'PROTECTOR SANTÉ - GARANTIE B

	PANIER RAC 0 appelé 100 % SANTÉ	PANIER A RAC MAÎTRISÉ	PANIER A TARIFS LIBRES
<b>SOINS DENTAIRES</b>	FRAIS RÉELS	110 %	110 %
<b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>	FRAIS RÉELS	220 %	220 %
<b>INLAY CORE</b>	FRAIS RÉELS	170 %	170 %
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Couronne métallique - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1<sup>ère</sup> prémolaire - Couronne Céramique monolithique (zircone) hors molaire - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1<sup>ère</sup> prémolaire</li> <li>○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie</li> <li>○ Bridge céramo-métallique sur incisive - Bridge métallique pour toute dent</li> <li>○ Prothèse amovible à plaque base résine</li> <li>○ Réparations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2<sup>ème</sup> prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2<sup>ème</sup> prémolaire</li> <li>○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay métallique</li> <li>○ Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)</li> <li>○ Prothèse amovible sur châssis métallique</li> <li>○ Réparations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée</li> <li>○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique</li> <li>○ Bridge céramo-céramique</li> <li>○ Prothèse amovible supra-implantaire</li> <li>○ Adjonctions</li> <li>○ Implants</li> </ul>

# Annexe Audition

## ALP'PROTECTOR SANTÉ - GARANTIE B

	CLASSE I RAC 0* appelé 100 % SANTÉ	CLASSE II Tarif libre
<b>ÉQUIPEMENT AUDITIF</b>	FRAIS RÉELS	100 % + 200 €**

\*Équipement renouvelable tous les 4 ans. Tous les types : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire avec, a minima, 12 canaux de réglage. 3 options disponibles. \*\* Dans la limite de 1 700 € de remboursement par oreille, remboursement de l'Assurance maladie obligatoire compris.

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle de France Alpes du Sud – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 782 416 127, sise « 16 avenue des Arcades – 04200 SISTERON ».

## GAMME PROTEC'TER

**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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans les tableaux de garanties.**

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

Le produit **Alp Protec'Ter** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent ou affilié et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et solidaires.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des salariés assurés.

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, 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), orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses

#### LES GARANTIES OPTIONNELLES

Honoraires médicaux/hospitalisation  
Chambre particulière, forfait accompagnant  
Implants dentaires et parodontologie  
Chirurgie réfractive  
Médecine douce  
Médicaments à 15%

#### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau d'agences de proximité
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins

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,
  - ✗ dans 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, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ 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).



### 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** : remboursement plafonné et limité dans la durée
- !! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- !! **Dentaire** : prise en charge plafonnée et limitée dans la durée.
- !! **Appareillage auditif** : remboursement limité dans la durée (tous les 4 ans)



## Où les salariés assurés sont-ils couverts ?

- ✓ 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 bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat et dans les délais prévus.

#### En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer la mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée, dans le mois qui suit la connaissance 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,
  - Changement de profession : dans ce cas, le mutualiste doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables par le souscripteur (part employeur et précompte salarial) selon les dispositions prévues par le contrat et conformément à l'appel de cotisations.

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 sur le bulletin d'adhésion / d'affiliation. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent 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 :

Toute adhésion est souscrite pour une période prenant fin au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1er janvier, sauf résiliation :

à la date d'échéance, Dans ce cas, le membre participant peut demander la résiliation avant le 31 octobre de chaque année. La résiliation ne peut prendre effet que si la totalité de la cotisation due a bien été acquittée.

dans les conditions de la loi Châtel prévue à l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité,

en cours d'année en cas de changement de situation personnelle de l'adhérent en lien avec le contrat en application de l'article L221-17 du code de la mutualité. Dans ce cas, la fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

A tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion en application de l'article L221-10-2 du code de la mutualité. Dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois après réception de la demande. La notification de la dénonciation ou de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée au choix de l'adhérent :

- Soit par lettre (au 16 avenue des Arcades – 04200 SISTERON) ou tout autre support durable (ex : email à [contact@mfas.fr](mailto:contact@mfas.fr)) ;
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou dans nos agences ;
- Soit par acte extrajudiciaire.



**Contrat responsable et solidaire**

	AMO	AMO + remboursements complémentaires* et forfaits MFAS**	
<b>HOSPITALISATION</b>	<b>Frais de séjour</b>		
	○ Soins, en médecine, chirurgie, maternité.....	80 ou 100 %	100 %
	○ Chambre particulière, tout type de séjour d'au moins une nuitée : par an/bénéficiaire .....	-	-
	○ Séjour accompagnant d'un bénéficiaire inscrit au contrat : 60 jours par an par bénéficiaire.....	-	-
	○ Franchise pour actes lourds ≥ à 120 € .....	-	FRAIS RÉELS FRAIS RÉELS
	<b>Forfait journalier hospitalier (sauf en EHPAD ou MAS) .....</b>	-	-
<b>SOINS COURANTS</b>	<b>Honoraires</b>		
	○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins ayant signé le DPTAM <sup>1</sup> .....	80 %	100 %
	○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	80 %	100 %
	<b>Forfait Patient Urgences .....</b>	-	FRAIS RÉELS
	<b>Honoraires médicaux</b>		
	○ Consultations et visites généralistes médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	100 %
	○ Consultations et visites généralistes médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	100 %
	○ Consultations et visites spécialistes médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	100 %
	○ Consultations et visites spécialistes médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	100 %
	○ Actes techniques médicaux, médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	100 %
○ Actes techniques médicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	100 %	
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
○ Ostéodensitométrie, forfait par an et par personne .....	-	-	
○ Forfait** moyens de contraception .....	-	-	
○ Forfait** Bien-Être <sup>2</sup> : Chiropractie, ostéopathie, diététique, acupuncture, étio-pathie, pédicurie-podologie, psychologue, sexologue, sevrage tabagique.....	-	-	
<b>Analyses et examens de laboratoire .....</b>	60 %	100 %	
<b>Médicaments</b>			
○ Pharmacie à Service Médical Rendu Important .....	65 %	100 %	
○ Pharmacie à Service Médical Rendu Modéré.....	30 %	100 %	
○ Pharmacie à Service Médical Rendu Faible.....	15 %	15 %	
<b>Autres soins courants</b>			
○ Radiologie, échographie, médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	100 %	
○ Radiologie, échographie, médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	100 %	
○ Tout transport.....	65 %	100 %	
○ Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes.....)	60 %	100 %	
<b>Matériel médical</b>			
○ Appareillage (prothèses orthopédiques.....)	60 %	100 %	
<b>OPTIQUE</b>	<b>Lentilles .....</b>	60 %	100 %
	<b>Opération de la vue, pour les 2 yeux.....</b>	-	-
	<b>Verres et montures RAC 0 appelé 100 % santé.....</b>	60 %	-
	<b>Autres prestations optiques (appareillages.....)</b>	60 %	Voir annexe Optique
<b>DENTAIRE</b>	<b>Orthodontie prise en charge par l'AMO :</b>		
	○ Forfait diagnostic .....	70 ou 100 %	100 %
	○ Forfait pour traitement, par semestre et par bénéficiaire .....	-	-
	<b>Forfait actes non pris en charge par l'AMO ( prothèses non remboursées, parodontie, implantologie).....</b>	-	-
<b>Soins et prothèses RAC 0 appelé 100 % santé.....</b>	70 %	Voir annexe Dentaire	
<b>AIDES AUDITIVES</b>	<b>Aides Auditives RAC 0 appelé 100 % santé .....</b>	60 %	Voir annexe Audition
	<b>Piles .....</b>	60 %	100 %
<b>CURES</b>	<b>Cures</b>		
	○ Soins forfaits thermaux.....	65 %	100 %
	○ Honoraires de surveillance.....	70 %	100 %
	○ Frais de transport remboursés par l'AMO et d'hébergement .....	-	-
<b>LES «+»</b>	<b>Prévention</b>		
	○ Forfait vaccination anti-rotavirus et/ou anti-papillomavirus .....	-	-
	○ Vaccination anti-grippe quel que soit l'âge .....	-	FRAIS RÉELS gratuit gratuit
	○ Magazine VIVA pour votre information .....	-	-
	○ Télé-médecine (Medaviz).....	-	-
	<b>Allocation</b>		
	○ Fécondation in vitro, amniocentèse et péridurale non remboursée par l'AMO (forfait annuel) .....	-	-

<sup>1</sup> DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée  
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée  
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

<sup>2</sup> Forfait Bien-Être : sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADELI ou RPPS.

En application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux art. L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du même code. Les dépassements d'honoraires facturés hors parcours de soins ne sont pas pris en charge par la mutuelle.  
\*Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) de votre caisse d'assurance maladie (AMO), dans la limite des dépenses engagées.  
\*\*Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire.  
Garantie en vigueur au 01.01.2023

# Annexe Optique

## ALP'PROTECTER SANTÉ - GARANTIE C

ÉQUIPEMENT	Classe A	Classe B
	RAC 0 appelé 100 % SANTÉ*	PRIX DE VENTE LIBRE**
<b>Catégorie A</b> Équipement composé de 2 verres «simples» verres simple foyer avec : <input type="checkbox"/> Sphère comprise entre - 6 et + 6 et cylindre =< 4	FRAIS RÉELS	100 % BR
<b>Catégorie B</b> Équipement mixte composé d'un verre «simple» et d'un verre «complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie C	FRAIS RÉELS	100 % BR
<b>Catégorie C</b> Équipement composé de 2 verres «complexes» - verres simple foyer avec : <input type="checkbox"/> Sphère > - 6 ou > + 6 ou cylindre > 4 <input type="checkbox"/> verres multifocaux ou verres progressifs	FRAIS RÉELS	100 % BR
<b>Catégorie D</b> Équipement mixte composé d'un verre «simple» et d'un verre «très complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	100 % BR
<b>Catégorie E</b> Équipement mixte composé d'un verre «complexe» et d'un verre «très complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie C et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	100 % BR
<b>Catégorie F</b> Équipement composé de 2 verres «très complexes» Verres pour adultes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique avec : <input type="checkbox"/> Sphère hors zone - 8 ou > + 8 Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec : <input type="checkbox"/> Sphère hors zone - 4 ou > + 4	FRAIS RÉELS	100 % BR
<b>Autres prestations optiques</b> Adaptation de la correction visuelle effectuée par l'opticien, Appairage, Verres avec filtre, Autres suppléments (prisme, système antiphtosis, verres iséioniques)	FRAIS RÉELS	100 %

\* Le montant de la monture de l'équipement Classe A 100 % SANTÉ ne dépassera pas 30 €

Prise en charge limitée à 1 équipement tous les 2 ans. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans inclus, renouvellement possible tous les 6 mois en cas de mauvaise adaptation morphologique de la monture. La période de 1 ou 2 ans commence à la date d'acquisition de l'équipement.

# Annexe Dentaire

## ALP'PROTECTER SANTÉ - GARANTIE C

	PANIER RAC 0 appelé 100 % SANTÉ	PANIER A RAC MAÎTRISÉ	PANIER A TARIFS LIBRES
<b>SOINS DENTAIRES</b>	FRAIS RÉELS	100 %	100 %
<b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>	FRAIS RÉELS	125 %	125 %
<b>INLAY CORE</b>	FRAIS RÉELS	100 %	100 %
	<input type="checkbox"/> Couronne métallique - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1 <sup>ère</sup> prémolaire - Couronne Céramique monolithique (zircone) hors molaire - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1 <sup>ère</sup> prémolaire <input type="checkbox"/> Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie <input type="checkbox"/> Bridge céramo-métallique sur incisive - Bridge métallique pour toute dent <input type="checkbox"/> Prothèse amovible à plaque base résine <input type="checkbox"/> Réparations	<input type="checkbox"/> Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2 <sup>ème</sup> prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2 <sup>ème</sup> prémolaire <input type="checkbox"/> Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay métallique <input type="checkbox"/> Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s) <input type="checkbox"/> Prothèse amovible sur châssis métallique <input type="checkbox"/> Réparations	<input type="checkbox"/> Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée <input type="checkbox"/> Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique <input type="checkbox"/> Bridge céramo-céramique <input type="checkbox"/> Prothèse amovible supra-implantaire <input type="checkbox"/> Adjonctions <input type="checkbox"/> Implants

# Annexe Audition

## ALP'PROTECTER SANTÉ - GARANTIE C

	CLASSE I RAC 0* appelé 100 % SANTÉ	CLASSE II Tarif libre
<b>ÉQUIPEMENT AUDITIF</b>	FRAIS RÉELS	100 %**

\*Équipement renouvelable tous les 4 ans. Tous les types : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire avec, a minima, 12 canaux de réglage. 3 options disponibles. \*\* Dans la limite de 1 700 € de remboursement par oreille, remboursement de l'Assurance maladie obligatoire compris.

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle de France Alpes du Sud – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 782 416 127, sise « 16 avenue des Arcades – 04200 SISTERON ».

## GAMME PROTEC'TER

**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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans les tableaux de garanties.**

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

Le produit **Alp Protec'Ter** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent ou affilié et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et solidaires.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des salariés assurés.

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, 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), orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses

#### LES GARANTIES OPTIONNELLES

Honoraires médicaux/hospitalisation  
Chambre particulière, forfait accompagnant  
Implants dentaires et parodontologie  
Chirurgie réfractive  
Médecine douce  
Médicaments à 15%

#### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau d'agences de proximité
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins

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,
  - ✗ dans 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, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ 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).



### 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** : remboursement plafonné et limité dans la durée
- !! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- !! **Dentaire** : prise en charge plafonnée et limitée dans la durée.
- !! **Appareillage auditif** : remboursement limité dans la durée (tous les 4 ans)



## Où les salariés assurés sont-ils couverts ?

- ✓ 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 bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat et dans les délais prévus.

#### En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer la mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée, dans le mois qui suit la connaissance 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,
  - Changement de profession : dans ce cas, le mutualiste doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables par le souscripteur (part employeur et précompte salarial) selon les dispositions prévues par le contrat et conformément à l'appel de cotisations.

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 sur le bulletin d'adhésion / d'affiliation. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent 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 :

Toute adhésion est souscrite pour une période prenant fin au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1er janvier, sauf résiliation :

à la date d'échéance, Dans ce cas, le membre participant peut demander la résiliation avant le 31 octobre de chaque année. La résiliation ne peut prendre effet que si la totalité de la cotisation due a bien été acquittée.

dans les conditions de la loi Châtel prévue à l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité,

en cours d'année en cas de changement de situation personnelle de l'adhérent en lien avec le contrat en application de l'article L221-17 du code de la mutualité. Dans ce cas, la fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

A tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion en application de l'article L221-10-2 du code de la mutualité. Dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois après réception de la demande. La notification de la dénonciation ou de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée au choix de l'adhérent :

- Soit par lettre (au 16 avenue des Arcades – 04200 SISTERON) ou tout autre support durable (ex : email à [contact@mfas.fr](mailto:contact@mfas.fr)) ;
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou dans nos agences ;
- Soit par acte extrajudiciaire.



**Contrat responsable et solidaire**

	AMO	AMO + remboursements complémentaires* et forfaits MFAS**	
<b>HOSPITALISATION</b>	<b>Frais de séjour</b>		
	○ Soins, en médecine, chirurgie, maternité.....	80 ou 100 %	100 %
	○ Chambre particulière, tout type de séjour d'au moins une nuitée : par an/bénéficiaire .....	-	25 € par jour
	○ Séjour accompagnant d'un bénéficiaire inscrit au contrat : 60 jours par an par bénéficiaire.....	-	15 € par jour
	○ Franchise pour actes lourds ≥ à 120 € .....	-	FRAIS RÉELS
	<b>Forfait journalier hospitalier (sauf en EHPAD ou MAS) .....</b>	-	FRAIS RÉELS
<b>SOINS COURANTS</b>	<b>Honoraires</b>		
	○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins ayant signé le DPTAM <sup>1</sup> .....	80 %	100 %
	○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	80 %	100 %
	<b>Forfait Patient Urgences .....</b>	-	FRAIS RÉELS
	<b>Honoraires médicaux</b>		
	○ Consultations et visites généralistes médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	100 %
	○ Consultations et visites généralistes médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	100 %
	○ Consultations et visites spécialistes médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	100 %
	○ Consultations et visites spécialistes médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	100 %
	○ Actes techniques médicaux, médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	100 %
	○ Actes techniques médicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	100 %
	<b>Honoraires paramédicaux</b>		
	○ Ostéodensitométrie, forfait par an et par personne .....	-	jusqu'à 100 €
	○ Forfait** moyens de contraception .....	-	jusqu'à 100 €
	○ Forfait** Bien-Être <sup>2</sup> : Chiropractie, ostéopathie, diététique, acupuncture, étio-pathie, pédicurie-podologie, psychologue sexologue, sevrage tabagique.....	-	jusqu'à 100 €
<b>Analyses et examens de laboratoire .....</b>	60 %	100 %	
<b>Médicaments</b>			
○ Pharmacie à Service Médical Rendu Important .....	65 %	100 %	
○ Pharmacie à Service Médical Rendu Modéré.....	30 %	100 %	
○ Pharmacie à Service Médical Rendu Faible.....	15 %	100 %	
<b>Autres soins courants</b>			
○ Radiologie, échographie, médecins ayant signé le DPTAM .....	70 %	100 %	
○ Radiologie, échographie, médecins n'ayant pas signé le DPTAM .....	70 %	100 %	
○ Tout transport.....	65 %	100 %	
○ Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes.....)	60 %	100 %	
<b>Matériel médical</b>			
○ Appareillage (prothèses orthopédiques.....)	60 %	100 %	
<b>OPTIQUE</b>	<b>Lentilles .....</b>	60 %	100 % + 100 €
	<b>Opération de la vue, pour les 2 yeux.....</b>	-	150 €**
	<b>Verres et montures RAC 0 appelé 100 % santé.....</b>	60 %	
	<b>Autres prestations optiques (appairages.....)</b>	60 %	Voir annexe Optique
<b>DENTAIRE</b>	<b>Orthodontie prise en charge par l'AMO :</b>		
	○ Forfait diagnostic .....	70 ou 100 %	100 %
	○ Forfait pour traitement, par semestre et par bénéficiaire .....	-	100 €
	<b>Forfait actes non pris en charge par l'AMO ( prothèses non remboursées, parodontie, implantologie).....</b>	-	100 €**
<b>Soins et prothèses RAC 0 appelé 100 % santé.....</b>	70 %	Voir annexe Dentaire	
<b>AIDES AUDITIVES</b>	<b>Aides Auditives RAC 0 appelé 100 % santé .....</b>	60 %	Voir annexe Audition
	<b>Piles .....</b>	60 %	100 %
<b>CURES</b>	<b>Cures</b>		
	○ Soins forfaits thermaux.....	65 %	100 %
	○ Honoraires de surveillance.....	70 %	100 %
	○ Frais de transport remboursés par l'AMO et d'hébergement .....	-	75 €**
<b>LES «+»</b>	<b>Prévention</b>		
	○ Forfait vaccination anti-rotavirus et/ou anti-papillomarivus .....	-	jusqu'à 100 €
	○ Vaccination anti-grippe quel que soit l'âge .....	-	FRAIS RÉELS
	○ Magazine VIVA pour votre information .....	-	gratuit
	○ Télé-médecine (Medaviz).....	-	gratuit
	<b>Allocation</b>		
	○ Fécondation in vitro, amniocentèse et péridurale non remboursée par l'AMO (forfait annuel) .....	-	jusqu'à 100 €

<sup>1</sup> DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée  
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée  
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

<sup>2</sup> Forfait Bien-Être : sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADEL ou RPPS.

En application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale, les majorations de participation visées aux art. L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du même code. Les dépassements d'honoraires facturés hors parcours de soins ne sont pas pris en charge par la mutuelle.  
\*Remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) de votre caisse d'assurance maladie (AMO), dans la limite des dépenses engagées.  
\*\*Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire.  
Garantie en vigueur au 01.01.2023

# Annexe Optique

## ALP'PROTECTOR SANTÉ - GARANTIE C +

ÉQUIPEMENT	Classe A	Classe B
	RAC 0 appelé 100 % SANTÉ*	PRIX DE VENTE LIBRE**
<b>Catégorie A</b> Équipement composé de 2 verres «simples» verres simple foyer avec : ○ Sphère comprise entre - 6 et + 6 et cylindre =< 4	FRAIS RÉELS	110 €
<b>Catégorie B</b> Équipement mixte composé d'un verre «simple» et d'un verre «complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie C	FRAIS RÉELS	155 €
<b>Catégorie C</b> Équipement composé de 2 verres «complexes» - verres simple foyer avec : ○ Sphère > - 6 ou > + 6 ou cylindre > 4 ○ verres multifocaux ou verres progressifs	FRAIS RÉELS	200 €
<b>Catégorie D</b> Équipement mixte composé d'un verre «simple» et d'un verre «très complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	155 €
<b>Catégorie E</b> Équipement mixte composé d'un verre «complexe» et d'un verre «très complexe» Équipement composé d'un verre de catégorie C et d'un verre de catégorie F	FRAIS RÉELS	200 €
<b>Catégorie F</b> Équipement composé de 2 verres «très complexes» Verres pour adultes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique avec : ○ Sphère hors zone - 8 ou > + 8 Verres multifocaux ou progressifs sphériques avec : ○ Sphère hors zone - 4 ou > + 4	FRAIS RÉELS	200 €
<b>Autres prestations optiques</b> Adaptation de la correction visuelle effectuée par l'opticien, Appairage, Verres avec filtre, Autres suppléments (prisme, système antiphtosis, verres iséioniques)	FRAIS RÉELS	100 %

\* Le montant de la monture de l'équipement Classe A 100 % SANTÉ ne dépassera pas 30 €

\*\* Le montant de la prise en charge de la monture de l'équipement Classe B ne dépassera pas 60 €

Prise en charge limitée à 1 équipement tous les 2 ans. Pour les enfants jusqu'à 15 ans inclus, ou en cas d'évolution du besoin de correction chez l'adulte, un équipement peut être remboursé tous les ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans inclus, renouvellement possible tous les 6 mois en cas de mauvaise adaptation morphologique de la monture. La période de 1 ou 2 ans commence à la date d'acquisition de l'équipement.

# Annexe Dentaire

## ALP'PROTECTOR SANTÉ - GARANTIE C +

	PANIER RAC 0 appelé 100 % SANTÉ	PANIER A RAC MAÎTRISÉ	PANIER A TARIFS LIBRES
<b>SOINS DENTAIRES</b>	FRAIS RÉELS	100 %	100 %
<b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>	FRAIS RÉELS	150 %	150 %
<b>INLAY CORE</b>	FRAIS RÉELS	170 %	170 %
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Couronne métallique - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1<sup>ère</sup> prémolaire - Couronne Céramique monolithique (zircone) hors molaire - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1<sup>ère</sup> prémolaire</li> <li>○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie</li> <li>○ Bridge céramo-métallique sur incisive - Bridge métallique pour toute dent</li> <li>○ Prothèse amovible à plaque base résine</li> <li>○ Réparations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2<sup>ème</sup> prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2<sup>ème</sup> prémolaire</li> <li>○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay métallique</li> <li>○ Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)</li> <li>○ Prothèse amovible sur châssis métallique</li> <li>○ Réparations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée</li> <li>○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique</li> <li>○ Bridge céramo-céramique</li> <li>○ Prothèse amovible supra-implantaire</li> <li>○ Adjonctions</li> <li>○ Implants</li> </ul>

# Annexe Audition

## ALP'PROTECTOR SANTÉ - GARANTIE C +

	CLASSE I RAC 0* appelé 100 % SANTÉ	CLASSE II Tarif libre
<b>ÉQUIPEMENT AUDITIF</b>	FRAIS RÉELS	100 % + 75 €**

\*Équipement renouvelable tous les 4 ans. Tous les types : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire avec, a minima, 12 canaux de réglage. 3 options disponibles. \*\* Dans la limite de 1 700 € de remboursement par oreille, remboursement de l'Assurance maladie obligatoire compris.

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle de France Alpes du Sud – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 782 416 127, sise « 16 avenue des Arcades – 04200 SISTERON ».

## GAMME PROTEC'TER

**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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans les tableaux de garanties.**

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

Le produit **Alp Protec'Ter** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent ou affilié et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et solidaires.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des salariés assurés.

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, 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), orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses

#### LES GARANTIES OPTIONNELLES

Honoraires médicaux/hospitalisation  
Chambre particulière, forfait accompagnant  
Implants dentaires et parodontologie  
Chirurgie réfractive  
Médecine douce  
Médicaments à 15%

#### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau d'agences de proximité
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins

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,
  - ✗ dans 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, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ 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).



### 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** : remboursement plafonné et limité dans la durée
- !! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- !! **Dentaire** : prise en charge plafonnée et limitée dans la durée.
- !! **Appareillage auditif** : remboursement limité dans la durée (tous les 4 ans)



## Où les salariés assurés sont-ils couverts ?

- ✓ 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 bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat et dans les délais prévus.

#### En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer la mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée, dans le mois qui suit la connaissance 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,
  - Changement de profession : dans ce cas, le mutualiste doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables par le souscripteur (part employeur et précompte salarial) selon les dispositions prévues par le contrat et conformément à l'appel de cotisations.

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 sur le bulletin d'adhésion / d'affiliation. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent 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 :

Toute adhésion est souscrite pour une période prenant fin au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1er janvier, sauf résiliation :

à la date d'échéance, Dans ce cas, le membre participant peut demander la résiliation avant le 31 octobre de chaque année. La résiliation ne peut prendre effet que si la totalité de la cotisation due a bien été acquittée.

dans les conditions de la loi Châtel prévue à l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité,

en cours d'année en cas de changement de situation personnelle de l'adhérent en lien avec le contrat en application de l'article L221-17 du code de la mutualité. Dans ce cas, la fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

A tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion en application de l'article L221-10-2 du code de la mutualité. Dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois après réception de la demande. La notification de la dénonciation ou de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée au choix de l'adhérent :

- Soit par lettre (au 16 avenue des Arcades – 04200 SISTERON) ou tout autre support durable (ex : email à [contact@mfas.fr](mailto:contact@mfas.fr)) ;
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou dans nos agences ;
- Soit par acte extrajudiciaire.