



Contrat non responsable

	AMO	AMO + remboursements complémentaires* et forfaits MFAS**
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		
○ Soins	80 %	100 %
○ Chambre particulière, par hospitalisation (maternité : 10 jours - médecine et chirurgie : 30 jours), hors ambulatoire	—	50 €/jour
○ Séjour accompagnant (enfant -15 ans, adulte + 70 ans) en médecine et chirurgie : 15 jours par hospitalisation	—	23 €/jour
○ Allocation hospitalisation en cas d'accident : 60 jours par personne et par accident	—	11 €/jour
○ Franchise pour actes lourds ≥ à 120 €	—	FRAIS RÉELS
Forfait journalier hospitalier (hors MAS et EHPAD):		
○ Chirurgie et médecine	—	FRAIS RÉELS
○ Hôpitaux et cliniques psychiatriques, moyen séjour, rééduc. fonctionnelle, repos, convalescence	—	45 jours/an
Honoraires		
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 %	100 %
○ Soins externes hôpitaux et cliniques	70 %	100 %
Forfait Patient Urgences	—	FRAIS RÉELS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
○ Consultations, visites, actes techniques médicaux et visites généralistes et spécialistes	70 %	70 %
Honoraires paramédicaux		
○ Ostéodensitométrie, forfait par an et par personne	—	16 €
○ Contraception non remboursée, tests de grossesse (forfait par trimestre)	—	15 €
Analyses et examens de laboratoire	60 %	60 %
Médicaments		
○ Pharmacie à service médical rendu important	65 %	65 %
○ Pharmacie à service médical rendu modéré	30 %	30 %
○ Pharmacie à service médical rendu faible	15 %	15 %
Autres soins courants		
○ Radiologie, échographie	70 %	70 %
○ Tous transports (tiers payant si ambulance ou taxi agréé)	65 %	100 %
○ Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes...)	60 %	60 %
Matériel médical		
○ Appareillage (prothèses orthopédiques...)	60 ou 65 %	60 ou 65 %
○ Prothèses capillaires	60 %	60 %
OPTIQUE		
Verres, montures et lentilles	60 %	100 %
Forfaits (par an et par bénéficiaire) :		
○ Monture	—	30 €
○ Verres unifocaux	—	60 €
○ Verres multifocaux	—	60 €
○ Lentilles de contact	—	50 €
DENTAIRE		
Soins dentaires	70 %	70 %
Prothèses acceptées par le régime obligatoire	70 %	70 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 ou 100 %	70 ou 100 %
AIDES AUDITIVES		
Aides Auditives	60 %	60 %
Piles	60 %	60 %
CURES		
Cures		
○ Soins forfaits thermaux	65 %	65 %
LES «+»		
Prévention		
○ Toutes les actions de prévention prévues par l'art. R871-2 du code de la Sécurité Sociale	65 %	100 %
○ Forfait tensionmètre** (sur présentation ordonnance et facture)	—	30 €
○ Vaccin antigrippal des moins de 65 ans	—	FRAIS RÉELS
○ Stop Tabac : après déduction du remboursement RO, jusqu'à 3 présentations forfaitaires par an	—	25 €
○ Formation aux premiers secours (PSC 1) Forfait**	—	30 €
○ Atelier mémoire pour un vieillissement harmonieux : sessions de 10 séances de 2 h	—	gratuit
○ Magazine VIVA pour votre information	—	gratuit
○ Télémédecine (Medaviz)	—	gratuit
Allocations		
○ Forfait obstétrique (si inscription de l'enfant)	—	80 €
○ Forfait participation activité physique** (Adulte + 18 ans ou enfant si ALD) : sur présentation ordonnance et facture	—	40 €
○ Allocation décès sociétaire, conjoint ou enfant garantie par Solimut Mutuelle de France, Siren n°383 143 617	—	310 €

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

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 »,

Produit : HORIZON 50

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 le tableau de garanties.

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

Le produit Horizon 50 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 ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables et solidaires.**



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, soins externes, transport
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Prévention** : forfait : tensiomètre, ostéodensitométrie, contraception non remboursée/test de grossesse, stop tabac, formation premiers secours, vaccin antigrippal

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau d'agences de proximité
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web

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 journaliser 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)
- ✗ Soins courants et prescriptions médicales : consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux.
- ✗ Pharmacie à service médical rendu faible, modéré et important (remboursé à 15%, 30% et 65% par la Sécurité sociale)
- ✗ Les cures thermales.
- ✗ Les frais dentaires.
- ✗ Appareillages et prothèses auditives et capillaires.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! 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 à 50€ par jour et limité à 10 jours en maternité et à 30 jours en chirurgie et médecine.



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 les 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 les quinze jours qui suivent 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 d'avance annuellement, à la date indiquée
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
Les paiements peuvent être effectués par chèque, espèce, carte bleue 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 :

- 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.

- à 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) ;
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou dans nos agences ;
- Soit par acte extrajudiciaire.



Contrat non responsable

	AMO	AMO + remboursements complémentaires* et forfaits MFAS**
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		
○ Soins	80 %	100 %
○ Chambre particulière, par hospitalisation (maternité : 10 jours - médecine et chirurgie : 30 jours), hors ambulatoire	—	50 €/jour
○ Séjour accompagnant (enfant -15 ans, adulte + 70 ans) en médecine et chirurgie : 15 jours par hospitalisation	—	23 €/jour
○ Allocation hospitalisation en cas d'accident : 60 jours par personne et par accident	—	11 €/jour
○ Franchise pour actes lourds ≥ à 120 €	—	FRAIS RÉELS
Forfait journalier hospitalier (hors MAS et EHPAD) :		
○ Chirurgie et médecine	—	FRAIS RÉELS
○ Hôpitaux et cliniques psychiatriques, moyen séjour, rééduc. fonctionnelle, repos, convalescence	—	45 jours/an
Honoraires		
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux	80 %	100 %
○ Soins externes hôpitaux et cliniques	70 %	100 %
Forfait Patient Urgences	—	FRAIS RÉELS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
○ Consultations, visites, actes techniques médicaux et visites généralistes et spécialistes	70 %	70 %
Honoraires paramédicaux		
○ Ostéodensitométrie, forfait par an et par personne	—	16 €
○ Contraception non remboursée, tests de grossesse (forfait par trimestre)	—	15 €
Analyses et examens de laboratoire	60 %	100 %
Médicaments		
○ Pharmacie à service médical rendu important	65 %	65 %
○ Pharmacie à service médical rendu modéré	30 %	30 %
○ Pharmacie à service médical rendu faible	15 %	15 %
Autres soins courants		
○ Radiologie, échographie	70 %	100 %
○ Tous transports (tiers payant si ambulance ou taxi agréé)	65 %	100 %
○ Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes...)	60 %	60 %
Matériel médical		
○ Appareillage (prothèses orthopédiques...)	60 ou 65 %	60 ou 65 %
○ Prothèses capillaires	60 %	150 %
OPTIQUE		
Verres, montures et lentilles	60 %	100 %
Forfaits (par an et par bénéficiaire) :		
○ Monture :	—	40 €
- adultes	—	55 €
- enfants	—	60 €
○ Verres unifocaux :	—	65 €
- adultes	—	90 €
- enfants	—	100 €
○ Verres multifocaux :	—	100 €
- adultes	—	70 €
- enfants	—	70 €
○ Lentilles de contact	—	70 €
DENTAIRE		
Soins dentaires	70 %	100 %
Prothèses acceptées par le régime obligatoire	70 %	130 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 ou 100 %	160 %
AIDES AUDITIVES		
Aides Auditives	60 %	150 %
Piles	60 %	100 %
CURES		
Cures		
○ Soins forfaits thermaux	65 %	100 %
○ Forfait cure si hébergement (par an et par famille)	—	100 €
LES «+»		
Prévention		
○ Toutes les actions de prévention prévues par l'art. R871-2 du code de la Sécurité Sociale	65 %	100 %
○ Forfait tensiomètre** (sur présentation ordonnance et facture)	—	30 €
○ Vaccin antigrippal des moins de 65 ans	—	FRAIS RÉELS
○ Stop Tabac : après déduction du remboursement RO, jusqu'à 3 présentations forfaitaires par an	—	25 €
○ Formation aux premiers secours (PSC 1) Forfait**	—	30 €
○ Atelier mémoire pour un vieillissement harmonieux : sessions de 10 séances de 2 h	—	gratuit
○ Magazine VIVA pour votre information	—	gratuit
○ Télémédecine (Medaviz)	—	gratuit
Allocations		
○ Forfait obstétrique (si inscription de l'enfant)	—	80 €
○ Forfait participation activité physique** (Adulte +18 ans ou enfant si ALD) : sur présentation ordonnance et facture	—	40 €
○ Allocation décès sociétaire, conjoint ou enfant garantie par Solimut Mutuelle de France, Siren n°383 143 617	—	310 €

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

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 ».

Produit : HORIZON 70

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 le tableau de garanties.

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

Le produit Horizon 70 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 ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables et solidaires.**



Qu'est-ce qui est assuré ?

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, soins externes, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : radiologie, imagerie médicales et laboratoire d'analyses médicales
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie
- ✓ **Prothèses auditives et capillaires remboursées par la Sécurité sociale.**
- ✓ **Cures Thermales** : soins et forfait thermaux
- ✓ **Prévention** : forfait : tensiomètre, ostéodensitométrie, contraception non remboursée/test de grossesse, stop tabac, formation premiers secours, vaccin antigrippal

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau d'agences de proximité
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web

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 journaliser facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ Les consultations, visites et actes techniques médicaux.
- ✗ Pharmacie à service médical rendu faible, modéré et important (remboursé à 15%, 30% et 65% par la Sécurité sociale)
- ✗ Appareillages (autres que prothèses auditives et capillaires)



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 à 50€ par jour et limité à 10 jours en maternité et à 30 jours en chirurgie et médecine.
- ! **Dentaire** : prise en charge



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 les 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 les quinze jours qui suivent 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 d'avance annuellement, à la date indiquée
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
Les paiements peuvent être effectués par chèque, espèce, carte bleue 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 :

- 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.

- à 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) ;
- 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**
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		
○ Soins	80 %	100 %
○ Franchise pour actes lourds ≥ à 120 €	—	FRAIS RÉELS
Forfait journalier hospitalier (hors MAS et EHPAD)	—	FRAIS RÉELS
Honoraires		
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins ayant signé le DPTM ¹	80 %	100 %
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTM	80 %	100 %
○ Soins externes hôpitaux et cliniques	70 %	100 %
Forfait Patient Urgences	—	FRAIS RÉELS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
○ Consultations, visites, actes techniques médicaux et visites généralistes et spécialistes ayant signé le DPTM	70 %	100 %
○ Consultations, visites, actes techniques médicaux et visites généralistes et spécialistes n'ayant pas signé le DPTM	70 %	100 %
Honoraires paramédicaux		
○ Ostéodensitométrie, forfait par an et par personne	—	16 €
○ Contraception non remboursée, tests de grossesse (forfait par trimestre)	—	15 €
○ Forfait** Bien-Être ² : Chiropractie, ostéopathie, diététique, acupuncture, étiopathie, pédicurie, psychologue enfant homéopathie prescrite	—	2 séances à 20 €
Analyses et examens de laboratoire	60 %	100 %
Médicaments		
○ Pharmacie à service médical rendu important	65 %	100 %
○ Pharmacie à service médical rendu modéré	30 %	100 %
○ Pharmacie à service médical rendu faible	15 %	80 %
Autres soins courants		
○ Radiologie, échographie, médecins ayant signé le DPTM	70 %	100 %
○ Radiologie, échographie, médecins n'ayant pas signé le DPTM	70 %	100 %
○ Tous transports (tiers payant si ambulance ou taxi agréé)	65 %	100 %
○ Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes...)	60 %	100 %
Matériel médical		
○ Appareillage (prothèses orthopédiques...)	60 ou 65 %	100 %
○ Prothèses capillaires	60 %	100 %
OPTIQUE		
Lentilles	60 %	100 % + 50 €**
Verres et montures RAC 0 appelé 100 % santé	60 %	Voir annexe Optique
Autres prestations optiques (appairage...)	60 %	
DENTAIRE		
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100 %	100 %
Soins et prothèses RAC 0 appelé 100 % santé	70 %	Voir annexe Dentaire
AIDES AUDITIVES		
Aides Auditives RAC 0 appelé 100 % santé	60 %	Voir annexe Audition
Piles	60 %	100 %
CURES		
Cures		
○ Soins forfaits thermaux	65 %	100 %
LES «+»		
Prévention		
○ Toutes les actions de prévention prévues par l'art. R871-2 du code de la Sécurité Sociale	65 %	100 %
○ Forfait tensiomètre** (sur présentation ordonnance et facture)	—	30 €
○ Vaccin antigrippal des moins de 65 ans	—	FRAIS RÉELS
○ Stop Tabac : après déduction du remboursement RO, jusqu'à 3 présentations forfaitaires par an	—	25 €
○ Formation aux premiers secours (PSC 1) Forfait**	—	30 €
○ Atelier mémoire pour un vieillissement harmonieux : sessions de 10 séances de 2 h	—	gratuit
○ Magazine VIVA pour votre information	—	gratuit
○ Téléconsultation	—	gratuit
Allocations		
○ Forfait participation activité physique** (adulte + 18 ans ou enfant si ALD) : sur présentation ordonnance et facture	—	40 €

¹ DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

² 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

HORIZON 100

ÉQUIPEMENT	Classe A	Classe B
	RAC 0 appelé 100 % SANTÉ*	PRIX DE VENTE LIBRE**
Catégorie A Équipement composé de 2 verres «simples» verres simple foyer avec : ○ Sphère comprise entre - 6 et + 6 et cylindre ≤ 4	FRAIS RÉELS	105 €
Catégorie 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 €
Catégorie C Équipement composé de 2 verres «complexes» - verres simple foyer avec : ○ Sphère > - 6 ou > + 6 ou cylindre > 4 ○ verres multifocaux ou verres progressifs	FRAIS RÉELS	205 €
Catégorie D 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	160 €
Catégorie E 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	210 €
Catégorie F 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	215 €
Autres prestations optiques Adaptation de la correction visuelle effectuée par l'opticien, Appairage, Verres avec filtre, Autres suppléments (prisme, système antipétis, verres iséconiques)	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 35 €

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

HORIZON 100

	PANIER RAC 0 appelé 100 % SANTÉ	PANIER A RAC MAÎTRISÉ	PANIER A TARIFS LIBRES
SOINS DENTAIRES	FRAIS RÉELS	100 %	100 %
PROTHÈSES DENTAIRES	FRAIS RÉELS	100 %	100 %
	○ Couronne métallique - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1^{ère} prémolaire - Couronne Céramique monolithique (zircone) hors molaire - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1^{ère} prémolaire ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie ○ Bridge céramo-métallique sur incisive - Bridge métallique pour toute dent ○ Prothèse amovible à plaque base résine ○ Réparations	○ Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2^{ème} prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2^{ème} prémolaire ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay métallique ○ 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) ○ Prothèse amovible sur châssis métallique ○ Réparations	○ Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique ○ Bridge céramo-céramique ○ Prothèse amovible supra-implantaire ○ Adjonctions ○ Implants

Annexe Audition

HORIZON 100

	CLASSE I RAC 0* appelé 100 % SANTÉ	CLASSE II Tarif libre
ÉQUIPEMENT AUDITIF	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.

** 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 ».

Produit : HORIZON 100

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 le tableau de garanties.

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

Le produit Horizon 100 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 varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des salariés assurés.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, soins externes, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé et modéré (remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie
- ✓ **Prothèses auditives**.
- ✓ **Cures Thermales** : soins et forfait thermaux
- ✓ **Les « + »** : forfait : bien-être
- ✓ **Prévention** : forfait : tensiomètre, ostéodensitométrie, contraception non remboursée/test de grossesse, stop tabac, formation premiers secours, vaccin antigrippal

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau d'agences de proximité
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web

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 journaliser 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)
- ✗ La chambre particulière n'est pas prise en charge par la Mutuelle



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

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les mineurs jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : prise en charge
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité dans la durée (tous les 4 ans)
- ! **Pharmacie à service médical rendu faible (remboursé à 15% par la Sécurité sociale)** : prise en charge de la mutuelle à 65% (donc reste à charge 20%)



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 les 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 les quinze jours qui suivent 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 d'avance annuellement, à la date indiquée

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque, espèce, carte bleue 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 :

- 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.

- à 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) ;
- 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**
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		
○ Soins	80 %	120 %
○ Chambre particulière, par hospitalisation (maternité : 10 jours - médecine et chirurgie : 30 jours), hors ambulatoire	—	50 €/jour
○ Séjour accompagnant (enfant -15 ans, adulte + 70 ans) en médecine et chirurgie : 15 jours par hospitalisation.....	—	23 €/jour
○ Franchise pour actes lourds ≥ à 120 €	—	FRAIS RÉELS
Forfait journalier hospitalier (hors MAS et EHPAD)	—	FRAIS RÉELS
Honoraires		
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins ayant signé le DPTM ¹	80 %	120 %
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTM	80 %	100 %
○ Soins externes hôpitaux et cliniques	70 %	100 %
Forfait Patient Urgences	—	FRAIS RÉELS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
○ Consultations, visites, actes techniques médicaux et visites généralistes et spécialistes ayant signé le DPTM	70 %	120 %
○ Consultations, visites, actes techniques médicaux et visites généralistes et spécialistes n'ayant pas signé le DPTM	70 %	100 %
Honoraires paramédicaux		
○ Ostéodensitométrie, forfait par an et par personne	—	16 €
○ Contraception non remboursée, tests de grossesse (forfait par trimestre)	—	15 €
○ Forfait** Bien-Être ² : Chiropractie, ostéopathie, diététique, acupuncture, étio-pathie, pédicurie, psychologue enfant, homéopathie prescrite	—	3 séances à 20 €
Analyses et examens de laboratoire	60 %	100 %
Médicaments		
○ Pharmacie à service médical rendu important	65 %	100 %
○ Pharmacie à service médical rendu modéré	30 %	100 %
○ Pharmacie à service médical rendu faible	15 %	100 %
Autres soins courants		
○ Radiologie, échographie, médecins ayant signé le DPTM	70 %	120 %
○ Radiologie, échographie, médecins n'ayant pas signé le DPTM	70 %	100 %
○ Tous transports (tiers payant si ambulance ou taxi agréé)	65 %	100 %
○ Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes...)	60 %	100 %
Matériel médical		
○ Appareillage (prothèses orthopédiques...)	60 ou 65 %	100 %
○ Prothèses capillaires	60 %	100 %
OPTIQUE		
Lentilles	60 %	100 % + 70 €**
Verres et montures RAC 0 appelé 100 % santé	60 %	Voir annexe Optique
Autres prestations optiques (appareillage...)	60 %	
DENTAIRE		
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100 %	150 %
Soins et prothèses RAC 0 appelé 100 % santé	70 %	Voir annexe Dentaire
AIDES AUDITIVES		
Aides Auditives RAC 0 appelé 100 % santé	60 %	Voir annexe Audition
Piles	60 %	100 %
CURES		
Cures		
○ Soins forfaits thermaux	65 %	100 %
○ Forfait cure si hébergement (par an et par famille)	—	100 €
LES «+»		
Prévention		
○ Toutes les actions de prévention prévues par l'art. R871-2 du code de la Sécurité Sociale	65 %	100 %
○ Forfait tensiomètre** (sur présentation ordonnance et facture)	—	30 €
○ Vaccin antigrippal des moins de 65 ans	—	FRAIS RÉELS
○ Stop Tabac : après déduction du remboursement RO, jusqu'à 3 présentations forfaitaires par an	—	25 €
○ Formation aux premiers secours (PSC 1) Forfait**	—	30 €
○ Atelier mémoire pour un vieillissement harmonieux : sessions de 10 séances de 2 h	—	gratuit
○ Magazine VIVA pour votre information	—	gratuit
○ Télémédecine (Medaviz)	—	gratuit
Allocations		
○ Forfait obstétrique (si inscription de l'enfant)	—	80 €
○ Forfait participation activité physique** (adulte + 18 ans ou enfant si ALD) : sur présentation ordonnance et facture ..	—	40 €
○ Allocation décès sociétaire, conjoint ou enfant garantie par Solimut Mutuelle de France, Siren n°383 143 617	—	310 €

¹ DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

² 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

HORIZON 130

ÉQUIPEMENT	Classe A	Classe B
	RAC 0 appelé 100 % SANTÉ*	PRIX DE VENTE LIBRE**
Catégorie A Équipement composé de 2 verres «simples» verres simple foyer avec : ○ Sphère comprise entre - 6 et + 6 et cylindre =< 4	FRAIS RÉELS	135 €
Catégorie 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	180 €
Catégorie C Équipement composé de 2 verres «complexes» - verres simple foyer avec : ○ Sphère > - 6 ou > + 6 ou cylindre > 4 ○ verres multifocaux ou verres progressifs	FRAIS RÉELS	225 €
Catégorie D 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	190 €
Catégorie E 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	235 €
Catégorie F 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	245 €
Autres prestations optiques Adaptation de la correction visuelle effectuée par l'opticien, Appairage, Verres avec filtre, Autres suppléments (prisme, système antipétis, verres iséconiques)	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 45 €

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

HORIZON 130

	PANIER RAC 0 appelé 100 % SANTÉ	PANIER A RAC MAÎTRISÉ	PANIER A TARIFS LIBRES
SOINS DENTAIRES	FRAIS RÉELS	100 %	100 %
PROTHÈSES DENTAIRES	FRAIS RÉELS	150 %	150 %
	○ Couronne métallique - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire - Couronne Céramique monolithique (zircone) hors molaire - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie ○ Bridge céramo-métallique sur incisive - Bridge métallique pour toute dent ○ Prothèse amovible à plaque base résine ○ Réparations	○ Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2 ^{ème} prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2 ^{ème} prémolaire ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay métallique ○ 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) ○ Prothèse amovible sur châssis métallique ○ Réparations	○ Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique ○ Bridge céramo-céramique ○ Prothèse amovible supra-implantaire ○ Adjonctions ○ Implants

Annexe Audition

HORIZON 130

	CLASSE I RAC 0* appelé 100 % SANTÉ	CLASSE II Tarif libre
ÉQUIPEMENT AUDITIF	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.

** 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 ».

Produit : HORIZON 130

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 le tableau de garanties.

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

Le produit Horizon 130 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 varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des salariés assurés.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, soins externes, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré et faible (remboursés à 65%, 30% et 15% 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
- ✓ **Cures Thermales** : soins et forfait thermaux
- ✓ **Les « + »** : forfait : bien-être
- ✓ **Prévention** : forfait : tensiomètre, ostéodensitométrie, contraception non remboursée/test de grossesse, stop tabac, formation premiers secours, vaccin antigrippal

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau d'agences de proximité
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web

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 journaliser 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 à 50€ par jour et limité à 10 jours en maternité et à 30 jours en chirurgie et médecine.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les mineurs jusqu'à 15ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : prise en charge
- ! **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 les 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 les quinze jours qui suivent 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 d'avance annuellement, à la date indiquée

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque, espèce, carte bleue 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 :

- 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.

- à 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) ;
- 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**
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		
○ Soins	80 %	140 %
○ Chambre particulière, par hospitalisation (maternité : 10 jours - médecine et chirurgie : 30 jours), hors ambulatoire	—	50 €/jour
○ Séjour accompagnant (enfant -15 ans, adulte + 70 ans) en médecine et chirurgie : 15 jours par hospitalisation	—	23 €/jour
○ Allocation hospitalisation en cas d'accident : 60 jours par personne et par accident	—	11 €/jour
○ Franchise pour actes lourds ≥ à 120 €	—	FRAIS RÉELS
Forfait journalier hospitalier (hors MAS et EHPAD)	—	FRAIS RÉELS
Honoraires		
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins ayant signé le DPTM ¹	80 %	140 %
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTM	80 %	120 %
○ Soins externes hôpitaux et cliniques	70 %	100 %
Forfait Patient Urgences	—	FRAIS RÉELS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
○ Consultations, visites, actes techniques médicaux et visites généralistes et spécialistes ayant signé le DPTM	70 %	140 %
○ Consultations, visites, actes techniques médicaux et visites généralistes et spécialistes n'ayant pas signé le DPTM	70 %	120 %
Honoraires paramédicaux		
○ Ostéodensitométrie, forfait par an et par personne	—	30 €
○ Contraception non remboursée, tests de grossesse (forfait par trimestre)	—	15 €
○ Forfait** Bien-Être ² : Chiropractie, ostéopathie, diététique, acupuncture, étiopathie, pédicurie, psychologue enfant, homéopathie prescrite	—	5 séances à 20 €
Analyses et examens de laboratoire	60 %	100 %
Médicaments		
○ Pharmacie à service médical rendu important	65 %	100 %
○ Pharmacie à service médical rendu modéré	30 %	100 %
○ Pharmacie à service médical rendu faible	15 %	100 %
Autres soins courants		
○ Radiologie, échographie, médecins ayant signé le DPTM	70 %	140 %
○ Radiologie, échographie, médecins n'ayant pas signé le DPTM	70 %	120 %
○ Tous transports (tiers payant si ambulance ou taxi agréé)	65 %	100 %
○ Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes...)	60 %	100 %
Matériel médical		
○ Appareillage (prothèses orthopédiques...)	60 ou 65 %	170 %
○ Prothèses capillaires	60 %	250 %
OPTIQUE		
Lentilles	60 %	100 % + 100 €**
Traitement laser de la myopie, par œil	—	180 €
Verres et montures RAC 0 appelé 100 % santé	60 %	Voir annexe Optique
Autres prestations optiques (appareillage...)	60 %	Voir annexe Optique
DENTAIRE		
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100 %	200 %
Prothèse non prise en charge par l'AMO, parodontie, implantologie	—	200 €**
Soins et prothèses RAC 0 appelé 100 % santé	70 %	Voir annexe Dentaire
AIDES AUDITIVES		
Aides Auditives RAC 0 appelé 100 % santé	60 %	Voir annexe Audition
Piles	60 %	100 %
CURES		
Cures		
○ Soins forfaits thermaux	65 %	100 %
○ Forfait cure si hébergement ** (par an et par famille)	—	150 €
LES «+»		
Prévention		
○ Toutes les actions de prévention prévues par l'art. R871-2 du code de la Sécurité Sociale	65 %	100 %
○ Forfait tensiomètre** (sur présentation ordonnance et facture)	—	30 €
○ Vaccin antigrippal des moins de 65 ans	—	FRAIS RÉELS
○ Stop Tabac : après déduction du remboursement RO, jusqu'à 3 présentations forfaitaires par an	—	25 €
○ Formation aux premiers secours (PSC 1) Forfait**	—	30 €
○ Atelier mémoire pour un vieillissement harmonieux : sessions de 10 séances de 2 h	—	gratuit
○ Magazine VIVA pour votre information	—	gratuit
○ Télémédecine (Medaviz)	—	gratuit
Allocations		
○ Forfait obstétrique (si inscription de l'enfant)	—	80 €
○ Forfait participation activité physique** (adulte + 18 ans ou enfant si ALD) : sur présentation ordonnance et facture	—	40 €
○ Forfait Aide-ménagère sur présentation de la facture d'une assoc. agréée : l'heure, jusqu'à 100 h/an/famille	—	1,50 €
○ Allocation décès sociétair, conjoint ou enfant garantie par Solimut Mutuelle de France, Siren n°383 143 617	—	310 €
○ Fécondation in vitro ou amniocentèse non remboursée par le RO (forfait annuel)	—	80 €

¹ DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

² 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

HORIZON 180

ÉQUIPEMENT	Classe A	Classe B
	RAC 0 appelé 100 % SANTÉ*	PRIX DE VENTE LIBRE**
Catégorie A Équipement composé de 2 verres «simples» verres simple foyer avec : ○ Sphère comprise entre - 6 et + 6 et cylindre =< 4	FRAIS RÉELS	170 €
Catégorie 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	210 €
Catégorie C Équipement composé de 2 verres «complexes» - verres simple foyer avec : ○ Sphère > - 6 ou > + 6 ou cylindre > 4 ○ verres multifocaux ou verres progressifs	FRAIS RÉELS	250 €
Catégorie D 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	225 €
Catégorie E 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	265 €
Catégorie F 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	280 €
Autres prestations optiques Adaptation de la correction visuelle effectuée par l'opticien, Appairage, Verres avec filtre, Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	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

HORIZON 180

	PANIER RAC 0 appelé 100 % SANTÉ	PANIER A RAC MAÎTRISÉ	PANIER A TARIFS LIBRES
SOINS DENTAIRES	FRAIS RÉELS	100 %	100 %
PROTHÈSES DENTAIRES	FRAIS RÉELS	200 %	200 %
	○ Couronne métallique - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1^{ère} prémolaire - Couronne Céramique monolithique (zircone) hors molaire - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1^{ère} prémolaire ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie ○ Bridge céramo-métallique sur incisive - Bridge métallique pour toute dent ○ Prothèse amovible à plaque base résine ○ Réparations	○ Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2^{ème} prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2^{ème} prémolaire ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay métallique ○ 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) ○ Prothèse amovible sur châssis métallique ○ Réparations	○ Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique ○ Bridge céramo-céramique ○ Prothèse amovible supra-implantaire ○ Adjonctions ○ Implants

Annexe Audition

HORIZON 180

	CLASSE I RAC 0* appelé 100 % SANTÉ	CLASSE II Tarif libre
ÉQUIPEMENT AUDITIF	FRAIS RÉELS	250 %**

*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.

** 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 ».

Produit : HORIZON 180

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 le tableau de garanties.

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

Le produit Horizon 180 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 varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des salariés assurés.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, soins externes, transport, allocation hospitalisation en cas d'accident
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré et faible (remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), forfait prothèses non remboursées implantologie parodontie, orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Cures Thermales** : soins et forfait thermaux
- ✓ **Les « + »** : forfait : bien-être, fécondation in vitro ou amniocentèse
- ✓ **Prévention** : forfait : tensiomètre, ostéodensitométrie, contraception non remboursée/test de grossesse, stop tabac, formation premiers secours, vaccin antigrippal

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau d'agences de proximité
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web

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 journaliser 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 à 50€ par jour et limité à 10 jours en maternité et à 30 jours en chirurgie et médecine.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les mineurs jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : prise en charge
- ! **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 les 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 les quinze jours qui suivent 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 d'avance annuellement, à la date indiquée
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
Les paiements peuvent être effectués par chèque, espèce, carte bleue 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 :

- 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.

- à 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) ;
- 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**
HOSPITALISATION		
Frais de séjour		
○ Soins	80 %	150 %
○ Chambre particulière, par hospitalisation (maternité : 10 jours - médecine et chirurgie : 30 jours), hors ambulatoire	—	50 €/jour
○ Séjour accompagnant (enfant -15 ans, adulte + 70 ans) en médecine et chirurgie : 15 jours par hospitalisation	—	30 €/jour
○ Allocation hospitalisation en cas d'accident : 60 jours par personne et par accident	—	11 €/jour
○ Franchise pour actes lourds ≥ à 120 €	—	FRAIS RÉELS
Forfait journalier hospitalier (hors MAS et EHPAD)	—	FRAIS RÉELS
Honoraires		
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins ayant signé le DPTM ¹	80 %	150 %
○ Honoraires médicaux et chirurgicaux, médecins n'ayant pas signé le DPTM	80 %	130 %
○ Soins externes hôpitaux et cliniques	70 %	100 %
Forfait Patient Urgences	—	FRAIS RÉELS
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
○ Consultations, visites, actes techniques médicaux et visites généralistes et spécialistes ayant signé le DPTM	70 %	150 %
○ Consultations, visites, actes techniques médicaux et visites généralistes et spécialistes n'ayant pas signé le DPTM	70 %	130 %
Honoraires paramédicaux		
○ Ostéodensitométrie, forfait par an et par personne	—	60 €
○ Contraception non remboursée, tests de grossesse (forfait par trimestre)	—	15 €
○ Forfait** Bien-Être ² : Chiropractie, ostéopathie, diététique, acupuncture, étiopathie, pédicurie, psychologue enfant, homéopathie prescrite	—	5 séances à 20 €
Analyses et examens de laboratoire	60 %	100 %
Médicaments		
○ Pharmacie à service médical rendu important	65 %	100 %
○ Pharmacie à service médical rendu modéré	30 %	100 %
○ Pharmacie à service médical rendu faible	15 %	100 %
Autres soins courants		
○ Radiologie, échographie, médecins ayant signé le DPTM	70 %	150 %
○ Radiologie, échographie, médecins n'ayant pas signé le DPTM	70 %	130 %
○ Tous transports (tiers payant si ambulance ou taxi agréé)	65 %	100 %
○ Auxiliaires médicaux (kiné, infirmiers, orthophonistes...)	60 %	100 %
Matériel médical		
○ Appareillage (prothèses orthopédiques...)	60 ou 65 %	170 %
○ Prothèses capillaires	60 %	250 %
OPTIQUE		
Lentilles	60 %	100 % + 110 €**
Traitement laser de la myopie, par œil	—	230 €**
Verres et montures RAC 0 appelé 100 % santé	60 %	Voir annexe Optique
Autres prestations optiques (appairage...)	60 %	
DENTAIRE		
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100 %	300 %
Prothèse non prise en charge par l'AMO, parodontie, implantologie	—	400 €**
Soins et prothèses RAC 0 appelé 100 % santé	70 %	Voir annexe Dentaire
AIDES AUDITIVES		
Aides Auditives RAC 0 appelé 100 % santé	60 %	Voir annexe Audition
Piles	60 %	100 %
CURES		
Cures		
○ Soins forfaits thermaux	65 %	100 %
○ Forfait cure si hébergement (par an et par famille)	—	250 €
LES «+»		
Prévention		
○ Toutes les actions de prévention prévues par l'art. R871-2 du code de la Sécurité Sociale	65 %	100 %
○ Forfait tensiomètre** (sur présentation ordonnance et facture)	—	30 €
○ Vaccin antigrippal des moins de 65 ans	—	FRAIS RÉELS
○ Stop Tabac : après déduction du remboursement RO, jusqu'à 3 présentations forfaitaires par an	—	25 €
○ Formation aux premiers secours (PSC 1) Forfait**	—	30 €
○ Atelier mémoire pour un vieillissement harmonieux : sessions de 10 séances de 2 h	—	gratuit
○ Magazine VIVA pour votre information	—	gratuit
○ Télémédecine (Medaviz)	—	gratuit
Allocations		
○ Forfait obstétrique (si inscription de l'enfant)	—	180 €
○ Forfait participation activité physique** (adulte + 18 ou enfant si ALD) : sur présentation ordonnance et facture	—	40 €
○ Forfait Aide-ménagère sur présentation de la facture d'une assoc. agréée : l'heure, jusqu'à 100 h/an/famille	—	230 €
○ Allocation décès sociétaire, conjoint ou enfant garantie par Solimut Mutuelle de France, Siren n°383 143 617	—	310 €
○ Fécondation in vitro ou amniocentèse non remboursée par le RO (forfait annuel)	—	100 €

¹ DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

² 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

HORIZON 200

ÉQUIPEMENT T	Classe A	Classe B
	RAC 0 appelé 100 % SANTÉ*	PRIX DE VENTE LIBRE**
Catégorie A Équipement composé de 2 verres «simples» verres simple foyer avec : ○ Sphère comprise entre - 6 et + 6 et cylindre =< 4	FRAIS RÉELS	210 €
Catégorie 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	245 €
Catégorie C Équipement composé de 2 verres «complexes» - verres simple foyer avec : ○ Sphère > - 6 ou > + 6 ou cylindre > 4 ○ verres multifocaux ou verres progressifs	FRAIS RÉELS	280 €
Catégorie D 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	275 €
Catégorie E 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	310 €
Catégorie F 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	340 €
Autres prestations optiques Adaptation de la correction visuelle effectuée par l'opticien, Appairage, Verres avec filtre, Autres suppléments (prisme, système antiphtosis, verres iséconiques)	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 80 €

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

HORIZON 200

	PANIER RAC 0 appelé 100 % SANTÉ	PANIER A RAC MAÎTRISÉ	PANIER A TARIFS LIBRES
SOINS DENTAIRES	FRAIS RÉELS	150 %	150 %
PROTHÈSES DENTAIRES	FRAIS RÉELS	400 %*	400 %*
	○ Couronne métallique - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1^{ère} prémolaire - Couronne Céramique monolithique (zircone) hors molaire - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1^{ère} prémolaire ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie ○ Bridge céramo-métallique sur incisive - Bridge métallique pour toute dent ○ Prothèse amovible à plaque base résine ○ Réparations	○ Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2^{ème} prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2^{ème} prémolaire ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay métallique ○ 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) ○ Prothèse amovible sur châssis métallique ○ Réparations	○ Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée ○ Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - inlay-onlay céramique ○ Bridge céramo-céramique ○ Prothèse amovible supra-implantaire ○ Adjonctions ○ Implants

* Plafonné à 1 000 € par an et par personne

Annexe Audition

HORIZON 200

	CLASSE I RAC 0* appelé 100 % SANTÉ	CLASSE II Tarif libre
ÉQUIPEMENT AUDITIF	FRAIS RÉELS	250 %**

*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.

** 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 ».

Produit : HORIZON 200

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 le tableau de garanties.

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

Le produit Horizon 200 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 varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des salariés assurés.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, soins externes, transport, allocation hospitalisation en cas d'accident
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré et faible (remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), forfait prothèses non remboursées implantologie parodontie, orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Cures Thermales** : soins et forfait thermaux
- ✓ **Les « + »** : forfait : bien-être, fécondation in vitro ou amniocentèse
- ✓ **Prévention** : forfait : tensiomètre, ostéodensitométrie, contraception non remboursée/test de grossesse, stop tabac, formation premiers secours, vaccin antigrippal

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau d'agences de proximité
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web

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 journaliser 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 à 50€/jour et limité à 10jours en maternité et à 30jours en chirurgie et médecine
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les mineurs jusqu'à 15 ans inclus ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : prise en charge
- ! **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 les 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 les quinze jours qui suivent 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 d'avance annuellement, à la date indiquée
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
Les paiements peuvent être effectués par chèque, espèce, carte bleue 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 :

- 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.

- à 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) ;
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou dans nos agences ;
- Soit par acte extrajudiciaire.