



NOTICE D'INFORMATION

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

NATURASSUR



avec assurance

SOMMAIRE

VOTRE REGIME FRAIS DE SANTÉ

- Qui est couvert..... 1
- Quel sont les bénéficiaires de ce régime 1
- Comment bénéficier de ce régime 1
- Fonctionnement de votre régime..... 1 - 2

FONCTIONNEMENT DE VOS GARANTIES ET GÉNÉRALITÉS

- Modalités pratiques de remboursement 5 - 6
- Quel est le montant des remboursements 6
- Quelques précisions sur les prestations 6 à 10
- Exclusion des garanties 11
- Fait générateur 11
- Indus 11
- Prescriptions 11
- Remboursement 11
- Contrôles 12
- Contrôle de l'institution 12
- Numéros utiles 12

VOTRE RÉGIME FRAIS SANTÉ

Ce régime frais de santé à caractère facultatif complète les remboursements de la Sécurité Sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation (dans la limite des frais engagés)

QUI EST COUVERT

Tous les administrés ainsi que leurs ayants droits qui en font la demande.

QUELS SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE CE RÉGIME

Par ayants droit des administrés il faut entendre :

- le conjoint marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production d'un certificat de concubinage notoire ou à défaut d'une attestation sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun (facture EDF, France Télécom, quittance de loyer...) sur lequel figurent les noms des deux concubins. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité Sociale fait foi,
- le partenaire lié avec vous par un pacte civil de solidarité (PACS), sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de production de l'attestation d'engagement établie par le greffe du Tribunal. Le domicile doit être commun. L'adresse figurant sur le décompte de Sécurité Sociale fait foi,
- les enfants répondant à la définition suivante :

Lorsque le contrat souscrit fait référence à la notion d'enfants à charge, sont considérés comme à charge les enfants jusqu'à leur vingtième année qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont l'assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien ou pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

- Sont assimilés aux enfants dans leur vingtième année, les enfants jusqu'à leur 25^{ème} année qui poursuivent leurs études et peuvent justifier par un certificat de scolarité, avec, s'ils sont âgés de plus de vingt ans, mention de leur appartenance à un régime de sécurité sociale des étudiants.
- Sont assimilés aux enfants dans leur vingtième année, les enfants jusqu'à leur 25^{ème} année qui sont en apprentissage et perçoivent une rémunération inférieure au salaire servant de base de calcul des prestations familiales. Dans ce cas, ils doivent fournir une copie du contrat d'apprentissage et leurs bulletins de salaire.
- Sont assimilés aux enfants dans leur vingtième année, les enfants jusqu'à leur 25^{ème} année, qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % au sens de l'article 169 du code de la famille et de l'aide sociale.
- Sont assimilés aux enfants dans leur vingtième année, les enfants du membre participant de plus de 20 ans et jusqu'à leur 25^{ème} année, n'ayant pas de foyer propre, vivant en permanence au foyer du membre participant, justifiant de l'absence de revenus, et de leur inscription à Pôle Emploi.

Le bénéfice du présent régime n'est possible que si le salarié (dont relèvent les ayants droits mentionnés ci-dessus) est affilié au régime de base obligatoire. La suspension du régime obligatoire du salarié entraîne la suspension de la présente garantie.

COMMENT BÉNÉFICIER DE CE RÉGIME

Vous devez remplir le du bulletin d'adhésion ainsi que le mandat SEPA et les remettre à Amellis dûment complétés, accompagnés de la photocopie de votre attestation d'assuré social (fournie avec la carte plastifiée VITALE) et de votre Relevé d'Identité Bancaire.

FONCTIONNEMENT DE VOTRE RÉGIME

✓ OUVERTURE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent au 1^{er} jour du mois suivant votre demande et sans délai d'attente.

L'ouverture des garanties est subordonnée à l'envoi du bulletin d'adhésion et à la fourniture des pièces justificatives.

La garantie choisie par l'administré s'étend à l'ensemble de ses ayants droits si adhésion de ceux ci.

✓ QUEL EST LE NIVEAU DE LA GARANTIE

La garantie facultative est établie sur la base de la législation et réglementation de l'Assurance Maladie en vigueur au moment de sa prise d'effet. Elle sera revue sans délai en cas de changement de ces textes.

Sont couverts tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité Sociale au titre de la législation « maladie » « accidents du travail/maladies professionnelles et maternité ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés dans le tableau des garanties.

✓ COMMENT CHANGER D'OPTION

Le contrat bénéficiant d'une option, permet à chacun de passer à l'option supérieure tous les ans, au 01^{er} janvier, avec un délai de prévenance de 2 mois et à tout moment dans les 2 mois d'un changement de situation famille.

✓ CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie assurée par AMELLIS MUTUELLES prend fin :

- En cas de résiliation demandée par l'administré chaque année au 31 décembre, par lettre recommandée avec accusé de réception à AMELLIS MUTUELLES, moyennant le respect d'un préavis d'un mois,
- En cas de résiliation demandée par AMELLIS MUTUELLES, en cas de non-paiement, conformément aux articles 12 ou 13 supra.

Il peut également être mis fin aux garanties indifféremment par AMELLIS MUTUELLES ou par le membre participant si les risques couverts par lesdites garanties ont disparu du fait de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial, de changement de profession, retraite ou cessation définitive d'activité.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peuvent intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

Dans ces cas, la radiation prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de la notification. Elle doit faire l'objet d'une lettre recommandée, écrite par le membre participant. Il est procédé, le cas échéant, au remboursement de la fraction de cotisation versée postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

Il peut-être délivré un certificat de radiation sur demande au membre participant à jour de cotisations.

✓ EFFET ET DUREE DE L'AFFILIATION

Les affiliations sont souscrites pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvellent à effet du 01 janvier, par tacite reconduction, sauf si vous demandez la résiliation au moins 1 mois avant cette date, par lettre recommandée avec accusé réception.

La garantie peut être suspendue en cas de non paiement des cotisations.

Tout paiement versé indûment après la date de cessation de la garantie devra être remboursé sans délai par vos soins.

✓ COTISATIONS

Les cotisations sont payables mensuellement d'avance, au 12 de chaque mois, par prélèvement sur votre compte bancaire.

Elles peuvent être fractionnées trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, AMELLIS MUTUELLES adresse une relance réclamant le montant dû. Si la mutuelle n'a pas reçu le paiement dans les 10 jours, elle adresse une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception, réclamant le montant dû dans les 40 jours.

La garantie est suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

La cotisation pourra être majorée des frais de dossier, notamment des frais d'envoi en recommandé.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, le lendemain du jour où a été payé à AMELLIS MUTUELLES la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les prestations versées à tort pendant la période de suspension de la garantie, devront être remboursés par le membre participant.

FONCTIONNEMENT DE VOS GARANTIES ET GÉNÉRALITÉS

LES MODALITÉS PRATIQUES DE REMBOURSEMENT

Afin de vous assurer le meilleur service, voici quelques conseils pratiques et informations nécessaires pour un bon fonctionnement de vos remboursements.

✓ COUVERTURE NOEMIE

Vous résidez dans une zone géographique qui vous permet de bénéficier du service NOÉMIE : « Norme Ouverte d'Échange de la Maladie avec les Intervenants Extérieurs ». C'est un système automatique d'échanges d'informations entre la Sécurité Sociale et AMELLIS mutuelles. Le service NOÉMIE fonctionne sur toute la France.

Qui en bénéficie ?

Selon les bénéficiaires couverts par votre contrat, ce service est accessible :

- à vous-même (assuré) ou vos ayants droit inscrits sous votre numéro de Sécurité Sociale,
- à votre conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS, immatriculé, et ses ayants droit inscrits sous son numéro de Sécurité Sociale sous les 3 conditions suivantes :
 - appartenir au régime général,
 - ne pas être affilié à un autre organisme complémentaire,
 - nous en faire la demande.

Pour bénéficier de ce service, il convient de nous adresser la copie de l'attestation de droits SESAME VITALE de votre conjoint, ou de votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin, et de mentionner votre numéro de Sécurité Sociale.

Comment cela fonctionne ?

Vous envoyez votre feuille de soins à la Sécurité Sociale.

La Sécurité Sociale vous rembourse et vous transmet un décompte portant la mention « nous transmettons ce décompte à votre organisme complémentaire »

Pour les adhérents dont la CPAM de rattachement se situe sur le Jura nous avons une convention qui permet à AMELLIS de recevoir les données et d'éditer un décompte commun remboursement SECURITE SOCIALE et complémentaire maladie qui vous sera adressé régulièrement.

A noter que vous pouvez consulter vos remboursements médicaux, éditer les décomptes ainsi qu'effectuer des modifications administratives (adresse, R.I.B....) directement sur notre site internet : **www.amellis.fr**

Nous procédons alors automatiquement au remboursement complémentaire qui vous est dû et vous êtes payé sans autre démarche, par virement bancaire (Amellis procède à deux virements par semaine), dès réception des décomptes transmis par votre CPAM. Un relevé de situation vous est adressé à votre domicile.

Avantage

Vous n'avez pas d'envoi à nous faire, le paiement est effectué plus rapidement puisque vous n'êtes pas obligé d'attendre le décompte de la Sécurité Sociale pour demander votre remboursement complémentaire (sauf pour certains cas particuliers).

ATTENTION sont exclus du dispositif : Tous les ressortissants des régimes autres que celui de la Sécurité Sociale (MNEF...), Vos enfants étudiants personnellement immatriculés ainsi que les conjoints et concubins et partenaires liés par un PACS, qui ne remplissent pas les conditions précédemment énumérées.

Dans ces 2 cas, pour obtenir le remboursement de leurs dépenses, ils doivent nous adresser les originaux des décomptes de Sécurité Sociale ou de leur organisme complémentaire, sans oublier de mentionner votre numéro de Sécurité Sociale, à l'adresse suivante : **AMELLIS Mutuelles - Service Prestations / 8-12 rue de la Poyat – 39 200 SAINT-CLAUDE**

Pour le bon fonctionnement de Noémie

Assurez-vous que toutes les informations portées sur votre attestation Sécurité Sociale sont bien exactes.

Si vous constatez une erreur, et lors de tout changement de situation (déménagement, naissance, fin de droits...), vous devez en informer préalablement votre caisse de Sécurité Sociale puis AMELLIS mutuelles.

Vous ne devez plus nous adresser vos décomptes lorsqu'ils comportent la mention « nous transmettons ce décompte à votre organisme complémentaire » car le paiement de vos prestations a déjà eu lieu suite à la télétransmission des données.

✓ LE TIERS-PAYANT : MODE D'EMPLOI

Qui peut en bénéficier

Vous même et les bénéficiaires de votre contrat, à l'exception : de vos enfants immatriculés personnellement à la Sécurité Sociale, de votre conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS) ne relevant pas du régime de base de la Sécurité Sociale.

Quelles sont les garanties donnant droit au tiers payant

Vous bénéficiez du tiers payant pour les garanties portées sur votre carte. Il peut s'agir de pharmacie, laboratoire, radiologie, kinésithérapie, soins externes, médecins référents...en fonction des accords et convention signés par AMELLIS mutuelles.

Comment utiliser votre carte tiers payant ?

Assurez-vous que le professionnel de santé pratique le tiers-payant avec la Sécurité Sociale et avec AMELLIS mutuelles. Votre professionnel de santé peut contacter le service Tiers-Payant du lundi au samedi midi de 8 heures à 18 heures au 03 84 45 11 00.

Vérifiez la période de validité portée sur votre carte.

Le tiers-payant hospitalier

Pour vous-même et les membres de votre famille inscrits au Régime de Frais de Santé d'AMELLIS mutuelles, nous réglons à votre place les dépenses générées par un séjour dans un établissement hospitalier conventionné avec la Sécurité Sociale.

Demandez directement à nos services une prise en charge, qui sera envoyée à l'établissement hospitalier.

Service de prise en charge : 03 84 45 11 00

Que faire dans les cas suivants

Vous déménagez (et vous changez de Caisse Primaire d'Assurance Maladie) :

- Vous devez en informer votre caisse de Sécurité Sociale et votre mutuelle. Dès réception de la copie de votre nouvelle attestation Vitale, nous procéderons à la mise à jour de votre dossier et vous recevrez votre nouvelle carte d'adhérent.

Votre situation de famille change (mariage, naissance...) :

- A chaque modification de votre carte d'assuré social et pour nous permettre de mettre à jour votre carte d'adhérent, il convient de nous adresser la copie de votre nouvelle attestation VITALE.

Vous quittez votre entreprise :

- Conformément aux dispositions générales du contrat, la carte doit être restituée à votre mutuelle.

Vous perdez votre carte :

- Prévenez-nous sans délai.

RAPPEL IMPORTANT !

☒ En cas de changement d'adresse, de compte bancaire ou postal prévenez-nous sans délai !

N° VERT 0 800 29 87 56 (appel gratuit depuis un poste fixe)

QUEL EST LE MONTANT DES REMBOURSEMENTS

La nature des garanties et le niveau de leur remboursement sont précisés dans le tableau de garanties inclus à cette notice. Nos remboursements, ajoutés à ceux dont l'assuré ou sa famille a bénéficié de la part de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme complémentaire, ne peuvent excéder le montant des dépenses engagées.

Les garanties de même nature que le membre participant a contractées auprès de plusieurs organismes produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir le remboursement en s'adressant à l'organisme de son choix.

QUELQUES PRÉCISIONS SUR LES PRESTATIONS

Les prestations sont versées à l'occasion de frais médicaux ou d'hospitalisation qui sont exposés par les bénéficiaires des

garanties, en complément des remboursements des régimes de Sécurité sociale, sous réserve des exclusions et du respect des dispositions relatives aux contrats solidaires et responsable. Dérogent à ce principe de participation préalable du régime de Sécurité sociale, les soins, actes, appareillages et fournitures qui justifient d'un remboursement de la mutuelle en raison de leur nécessité ou de leur apport reconnu à la protection de la santé.

Le montant des prestations servies par la mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par les bénéficiaires, sous déduction des remboursements versés par les régimes de Sécurité sociale ou tout autre organisme. Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations des régimes de Sécurité sociale.

En fonction de l'option choisie par le membre participant, les prestations de la mutuelle sont déterminées selon diverses références, c'est-à-dire soit sous la forme d'un pourcentage du tarif de base servant au calcul de remboursement des régimes de Sécurité sociale, soit sous la forme de forfait annuel, en complément ou non du remboursement de ces régimes.

Les remboursements de la mutuelle s'inscrivent dans le respect du parcours de soins. La majoration de participation imposée par les régimes de Sécurité sociale pour des actes hors parcours de soins reste à la charge du bénéficiaire selon les dispositions prévues par la réglementation.

Les garanties accordées par la mutuelle sont :

- Les actes courants,
- Les frais d'hospitalisation et de cures thermales,
- Les prothèses dentaires,
- L'optique et l'appareillage,
- Les prestations sociales,
- Les services d'assistance et de prévention.

Les actes courants

■ Consultations et visites.

- Honoraires pour examen d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention des régimes de Sécurité sociale. Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique (OPTAM-CO) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des honoraires des médecins ayant adhéré au CAS, minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité.

■ Actes de spécialité, petite chirurgie radiologie, ambulatoire.

- Actes techniques médicaux, actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, d'imagerie et radiologie, d'échographie et ensemble des autres actes techniques.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes

■ Soins dentaires.

- Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.

■ Analyses.

- Frais des examens (prélèvements, analyses...), généralement réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.

■ Auxiliaires médicaux.

- Frais et honoraires des professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues...).
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.

■ Transports des malades.

- Transport médical prescrit par un professionnel de santé.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.

- **Pharmacie.**
 - Médicaments, vaccins et produits homéopathiques disponibles en pharmacie classés en catégories correspondant à des niveaux de prise en charge différents par les régimes de Sécurité sociale.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.

Les frais d'hospitalisation et de cures thermales

- **Séjour.**
 - Frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, hébergement, repas...
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes.
- **Honoraires.**
 - Honoraires pour examen d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes. Les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique (OPTAM-CO) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des honoraires des médecins ayant adhéré au CAS ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique (OPTAM-CO), minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité.
- **Forfait journalier.**
 - Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon le forfait journalier du tableau des garanties. La prise en charge du forfait est d'une durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), et en Psychiatrie (PSY).
 - Dans tous les autres cas :
 - 30 jours par an en maison de repos,
 - 30 jours par an en maison de convalescence,
 - 120 jours par an en centre de réadaptation,
 - 30 jours par an en maison d'accueil spécialisé,
 - 120 jours par an en maison d'enfant médicalisée,
 - 30 jours par an en moyen et long séjour.
- **Chambre particulière.**
 - Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits journaliers et les durées du tableau des garanties. A défaut de mention dans ce tableau, les durées sont de :
 - Sans limite pour la médecine et la chirurgie,
 - 30 jours par an en psychiatrie, maison de repos, maison de convalescence, maison d'accueil spécialisé, centre de moyen et de long séjour,
 - 120 jours par an en centre de réadaptation et maison d'enfant médicalisée.
- **Frais d'accompagnant.**
 - Frais correspondant aux facilités (lit, repas...) mises à disposition au sein de l'établissement hospitalier ou d'établissements spécifiques (maison des parents, maison d'accompagnement) pour une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits journaliers et les durées du tableau des garanties. A défaut de mention dans ce tableau, les durées sont de :
 - Sans limite pour les enfants de moins de 16 ans,
 - 10 jours par an pour les personnes de plus de 16 ans.
- **Cures thermales.**
 - Frais de soins avec hospitalisation, frais d'honoraires médicaux, frais d'hydrothérapie et frais d'hébergement et de transport, sur prescription pour traiter certaines affections.
Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale, éventuellement complétés d'un forfait, du tableau des garanties, après intervention de ces régimes, sur

présentation de justificatifs et dans la limite des frais réellement engagés.

▪ **Participation forfaitaire de 18 €.**

- Frais à la charge du bénéficiaire qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par les Pouvoirs Publics, ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 50 €.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon le forfait du tableau des garanties.

Les prothèses dentaires

▪ **Prothèses dentaires.**

- Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :
 - Les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue artificiellement la partie visible de la dent pour la protéger. Une couronne qui porte sur plusieurs dents est appelé un « bridge »,
 - Les prothèses amovibles qui sont des appareils dentaires (« dentiers ») qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.
 - Les inlays et onlays. Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes. Les actes refusés par les régimes de Sécurité sociale sont remboursés par la mutuelle si mentionnés sous forme de forfait dans le tableau des garanties, sur la base du tarif de responsabilité reconstitué, à l'exclusion des actes dentaires hors nomenclature (HN).

Pour tous les travaux dentaires, nous invitons le bénéficiaire à demander un devis préalablement à nos services. Ce devis est obligatoire dès lors que la facture des travaux dépasse un montant de 1500,00 €. La prise en charge totale ou partielle sera effective sous réserve de l'accord exprès d'AMELLIS mutuelles.

▪ **Implants.**

- Technique visant à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est fixée une prothèse.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits du tableau des garanties.

▪ **Orthodontie.**

- Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes qui vise à corriger ou à prévenir les déformations et les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires, grâce à des appareils dentaires.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale du tableau des garanties, après intervention de ces régimes. Les actes refusés par les régimes de Sécurité sociale sont remboursés par la mutuelle si mentionnés sous forme de forfait dans le tableau des garanties, sur la base du tarif de responsabilité reconstitué, à l'exclusion des actes dentaires hors nomenclature (HN).

L'optique et l'appareillage

▪ **Lunettes.**

- Composées d'une monture et de verres, les lunettes permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie et aphakie). Le prix des verres varie selon le type de correction (verres uni-focaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale éventuellement complétés de forfaits, ou forfaits seuls, du tableau des garanties, après intervention de ces régimes. Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

▪ **Lentilles.**

- Verres correcteurs posés sur la cornée.
- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement des régimes de Sécurité sociale éventuellement complétés de forfaits du tableau des garanties, après intervention de ces régimes, ou forfaits seuls du tableau des garanties en cas de refus d'intervention des régimes de Sécurité sociale. L'ordonnance est à joindre obligatoirement à la facture.

▪ **Prothèses auditives.**

- En cas de déficit auditif, les prothèses auditives sont prises en charge par les régimes de Sécurité sociale sur prescription médicale et à condition qu'elles appartiennent à une catégorie inscrite sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par ces régimes.

- Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement éventuellement complétés de forfaits, ou forfaits seuls, du tableau des garanties, après intervention des régimes de Sécurité sociale.
- **Appareillage et orthopédie.**
 - Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par les régimes de Sécurité sociale : produits pour traitement, aides à la vie, aliments et pansements (Titre 1), orthèses et prothèses externes (Titre 2), implants et greffons tissulaires d'origine humains (Titre 3), véhicules pour handicapés physiques (Titre 4).
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les taux de la base de remboursement éventuellement complétés de forfaits, ou forfaits seuls, du tableau des garanties, après intervention des régimes de Sécurité sociale.

Les prestations sociales

- **Médecine alternative.**
 - Honoraires des professionnels que sont les diététiciens, les ostéopathes, les acupuncteurs, les chiropracteurs qui doivent être diplômés selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur et régulièrement inscrits au registre officiel de leur profession. L'original de la facture comportant le cachet précisant la spécialité exercée est exigé.
 - Frais de traitement de sevrage tabagique (gomme à mâcher, patch, comprimés sublinguaux, inhalateurs, spray) prescrits par un professionnel de santé et achetés uniquement en pharmacie.
 - Remboursement AMELLIS MUTUELLES : selon les forfaits du tableau des garanties.

Les autres prestations

- **Assistance santé.**
 - Une garantie d'assistance santé est proposée par un organisme dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la mutuelle au bénéfice de ses membres participant auprès de GARANTIE Assistance, entreprise régie par le code des assurances immatriculée sous le n° 312 517 493 au RCS de Nanterre dont le siège social est situé au 108 Bureaux de la Colline - 92210 SAINT-CLOUD. L'adhésion à cette garantie est obligatoire, conformément à l'article L 221-3 du code de la mutualité.
 - Remboursement GARANTIE ASSISTANCE : selon les garanties mentionnées dans la notice d'information.

- **Prévention.**

Garanties et service proposés aux membres participants selon le dispositif suivant :

- Prise en charge par AMELLIS MUTUELLES de l'intégralité de la participation du membre participant au sens du I de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale pour la totalité des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regards des objectifs de santé publique et mentionnés au II de l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale.
- Mise à disposition du service de prestation Priorité Santé Mutualiste (PSM) proposés par la Fédération Nationale de la Mutualité Française, par adhésion à ce service par AMELLIS MUTUELLES. En composant le 39 35, le membre participant entre en contact avec un conseiller PSM qui répond à ses questions et lui propose une information de qualité en matière de santé, de l'aide pour s'orienter dans le système de santé, un soutien personnalisé par téléphone (aide à l'arrêt du tabac, équilibre alimentaire, maintien à domicile des personnes âgées ou en situation de handicap, aide à l'hébergement des personnes âgées), de participer à des rencontres santé, et être orienté vers un service d'écoute.
- **Soins à l'étranger**
 Sous réserve que la formule de garantie le prévoie, les soins engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font l'objet d'un décompte de Sécurité sociale détaillé par soins, à défaut aucun dépassement d'honoraire ne sera appliqué).
 Les remboursements sont effectués en euros (le cas échéant conversion de la devise à la date de paiement de la facture). En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

Amellis respecte le cahier des charges du contrat responsable.

- Afin de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux définis ci-dessus, l'ensemble des prestations servies respecte les exigences fixées par les articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale et le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 afin que les régimes complémentaires « frais de santé » soient considérés comme « responsables ».
- En cas d'évolution de la réglementation ayant pour effet de modifier la définition des critères de responsabilité, par référence à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004, les prestations énoncées ci-dessus seront adaptées de plein droit.

Les justificatifs qui seront adressés à AMELLIS mutuelles devront être des documents originaux.

EXCLUSION DES GARANTIES

1- Les prestations sont accordées aux seuls bénéficiaires du contrat résidant habituellement en France.

Toutefois, les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie française et s'ils ont fait l'objet d'un décompte de Sécurité Sociale. Les remboursements sont alors effectués en euros.

2- Tous les risques sont couverts, dans la limite des garanties, toutefois, ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais non remboursés par la Sécurité Sociale (sauf les cas prévus au tableau des garanties),
- les frais en dehors de la période de garantie.

De plus, dans le cadre de l'hospitalisation sont exclus :

- les frais annexes tels que : boissons, téléphone, télévision, blanchisserie, frais de dossier...
- les frais d'hébergement résultant d'une admission dans un centre de soins longue durée,

FAIT GENERATEUR

Seuls les frais engagés durant la période de garantie, c'est à dire entre la date d'effet figurant sur le contrat d'adhésion et la date de cessation des garanties, ouvrent droit à prestations.

- Ainsi, s'agissant de remboursement des frais, la date des soins figurant sur le décompte de la sécurité Sociale est seule prise en considération et non la date de prescription par le professionnel de santé. Il en ira de même pour les prothèses dentaires.
- En cas de prise en charge hospitalière, il sera procédé de la situation suivante : si la prise en charge est donnée alors que l'assuré est encore affilié mais que la durée du séjour à l'hôpital va au delà de la période de garantie (l'assuré n'étant plus affilié lors de son départ de l'hôpital), l'organisme assureur lui demandera le remboursement des sommes concernées.

Pour les actes en série (soins infirmiers, kinésithérapie...) et l'orthodontie : en cas de cessation des garanties avant la fin des soins, ou si le traitement est engagé antérieurement à l'ouverture des garanties, la prise en charge se fera prorata temporis.

INDUS

Le bénéficiaire reste redevable des sommes perçues à tort, notamment lorsqu'il a touché des remboursements de frais engagés en dehors de la période de garantie.

Ces sommes peuvent être directement perçues par le bénéficiaire ou payées pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

Ce principe s'applique quelque soit la date de déclaration de radiation.

PRESCRIPTIONS

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites par les membres sont prescrites par un délai de 27 mois à compter de l'événement qui y donne naissance. Au-delà de ce délai, les frais ne donneront lieu à aucun remboursement.

REMBOURSEMENT

Si les remboursements d'une prestation (sauf optique) sont limités à un montant « par an et par bénéficiaire », il faut entendre cette expression par année civile sauf s'il en est disposé autrement sur le tableau de garanties.

En aucun cas AMELLIS Mutuelles ne prendra en charge :

- la contribution forfaitaire prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (introduite par la loi du 13 Août 2004),
- la part de dépassement d'honoraires sur le tarif des actes et consultations résultant du non respect, par l'assuré, du parcours de soins, et au delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part de majoration de participation prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale (non prise en charge de la majoration du ticket modérateur) résultant du non respect, par l'assuré, du parcours de soins, et au delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable,
- la part d'honoraire des actes et prestations pour lesquels l'assuré n'a pas autorisé le professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel et/ou à le compléter, et au delà de laquelle le contrat n'est plus considéré comme responsable.

CONTRÔLES

Dans la mise en œuvre du service des prestations, l'organisme assureur peut procéder à des contrôles de toutes natures, avant ou même après tout remboursement.

CONTRÔLE DE L'INSTITUTION

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (l'ACPR) est située au 61, rue Taitbout – 75 436 PARIS Cedex 09 – Tél 01 49 95 40 00

✓ RÉCLAMATIONS

Toutes les déclarations relatives au contrat devront être envoyées à l'adresse suivante :

AMELLIS Mutuelles - 8,12 rue de la Poyat - 39200 SAINT CLAUDE

NUMÉROS UTILES

- Prise en charge tiers-payant hospitalisation **0 800 29 87 56** (N° vert appel gratuit depuis un poste fixe)
- AMELLIS Mutuelles santé conseil **0 800 29 87 56** (N° vert appel gratuit depuis un poste fixe)
 - Mail : **prestations@amellis.fr**
 - Fax : **03 84 45 66 96**
- Pour obtenir dans les meilleurs délais une réponse à vos devis dentaires, optiques, chirurgie réfractive de l'œil, prothèses auditives ou vos prises en charges hospitalières...
- AMELLIS Mutuelles Assistance **0 810 039 139** (N° azur, coût d'une communication locale)
Code d'accès **1792**
- P .S.M. (PRIORITE SANTE MUTUALISTE) **39 35** Code **1605**

Le service Priorité Santé Mutualiste (PSM) offre ainsi à tous les adhérents d'Amellis - du lundi au vendredi et de 9h à 19h (prix d'un appel local depuis un poste fixe) - un service téléphonique anonyme d'accompagnement particulièrement opérationnel pour toute question de santé avec des thématiques aussi variées que : maintien à domicile, cancers, automédication, sevrage tabagique, diététique ...

- Consulter en ligne vos remboursements grâce au site internet **www.amellis.fr**



Siège social et agence Amellis

8-12 rue de la Poyat
39200 SAINT-CLAUDE
Tél. 03 84 45 11 00
Fax 03 84 45 66 96

Numéro Vert : 0 800 29 87 56

email : commercial@amellis.fr

www.amellis.fr

AMELLIS Mutuelles

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - n° Siren 775 597 768 - NAF 6512 Z

Siège social : 8-12, Rue de la Poyat - 39200 SAINT CLAUDE - Tél 03.84.45.11.00 - Fax : 03.84.45.66.96

Agrément mutuelle pour les branches 1 (accidents) et 2 (maladie) délivré par la DRASS de Franche Comté arrêté n°116/2003.