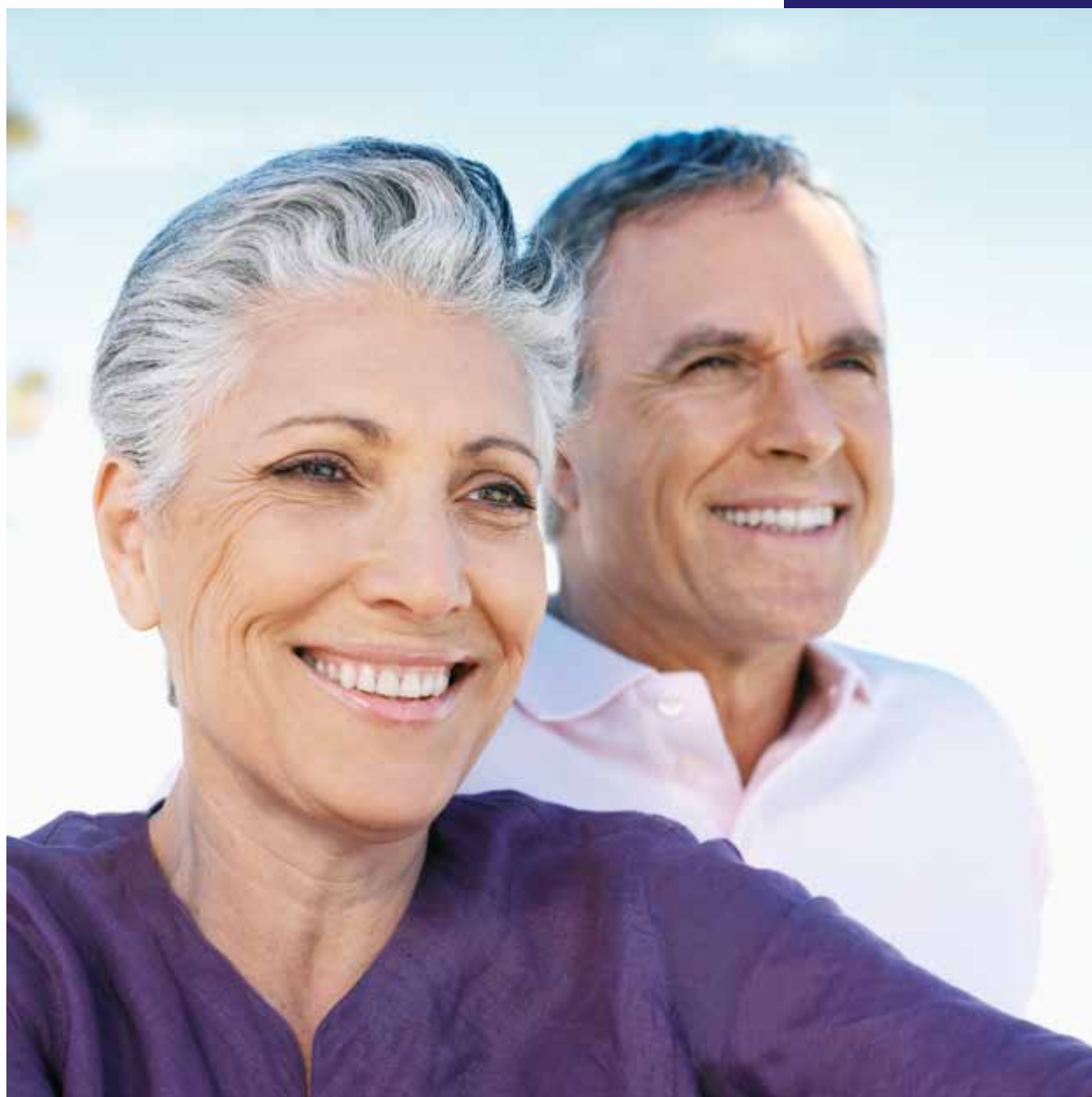


MUTUELLE SANTÉ

OFFRE INNOVANTE ET UNIQUE

PROXIMA 1



2025

GARANTIE PROXIMA I 2025



Mutuelle à l'origine spécialisée dans le secteur exigeant de l'aéronautique, **Mutaero a souhaité mettre son expertise de la complémentaire santé au profit des seniors en recherche de confort et des personnes concernées par les contraintes de santé en créant une offre santé dédiée.**

NOS PROMESSES

LA SIMPLICITÉ

Des informations claires et transparentes pour profiter pleinement de votre contrat (documents simplifiés, conseillers à votre écoute pour expliquer chaque détail de la complémentaire santé...)

LA PROXIMITÉ

Nous nous engageons à réhumaniser la couverture santé et à rompre l'isolement : disponibilité des conseillers, appels de convivialité, permanences de proximité ...

L'INDEPENDANCE

Sans actionnaire à rémunérer et donc sans recherche de profit, la Mutuelle est dirigée par des adhérents élus qui agissent dans le seul intérêt des adhérents et dans le respect des valeurs humaines.

LA CONFIANCE

Nous appliquons la même démarche qualité qui a fait le succès de Mutaero dans le secteur exigeant qu'est l'aéronautique.

LA PERSONNALISATION

Nous proposons une offre adaptée aux besoins et aux attentes spécifiques de l'adhérent, en termes de garanties, de services, d'accompagnement et de conseils

BIEN-ETRE

GESTION DE LA DOULEUR

Nous proposons une offre unique avec des prises en charge permettant d'améliorer le bien-être et de mieux gérer la douleur

SOUTIEN AUX AIDANTS

Nous aidons les personnes au soutien de leur proche au quotidien par des prestations innovantes, du conseil et un accompagnement spécifique via notre réseau de partenaires

Et si vous profitez d'une complémentaire santé conçue par des seniors pour les seniors ?

EN QUOI CETTE OFFRE EST UNIQUE ?

Cette offre comporte :

- **des forfaits reportables au sein du foyer** : si l'adhérent ne souhaite pas utiliser une prestation, son conjoint peut bénéficier de son forfait
- **des prises en charge innovantes** : halte répit, art thérapeutique, cryothérapie, luminothérapie, équipement de santé...et bien d'autres encore que nous vous invitons à découvrir
- **un accompagnement au quotidien dans les démarches administratives** et sociales par l'intermédiaire de notre assistante sociale
- **un dispositif qui permet de rompre l'isolement** avec des permanences de proximité, des appels de convivialité et une disponibilité étendue de nos équipes
- le professionnalisme **des conseillers formés** aux problématiques des personnes concernées par les maladies chroniques
- **le rappel automatique** dans la journée si nos conseillers, basés en France, sont déjà en ligne

POURQUOI CETTE OFFRE EST FAITE POUR VOUS ? quelques exemples...

Vous êtes en recherche de confort et de bien-être

Vous bénéficiez d'une formule sport santé qui complète idéalement vos activités physiques en participant au coût d'un bilan avec un coach sportif, aux frais de votre licence sportive ainsi que de tout ou partie de l'abonnement à la téléassistance mobile. Vous pouvez également profiter de toutes les prestations de bien-être telles que la luminothérapie, cryothérapie, acupuncture, réflexologie, sophrologie et les médecines douces (chiropractie, ostéopathie, pédicurie...) pour près de 600€* de forfaits par an. Des ateliers sophrologie, gestion du stress... vous sont proposés tout au long de l'année pour préserver votre capital santé. Pour plus de sérénité, la nouvelle offre Mutaero prend en charge le box ambulatoire et les dépenses annexes (télévision, wifi...).

Vous avez une maladie chronique ou un handicap et vous êtes concerné(e) par des problématiques de santé

La nouvelle offre Mutaero vous permet d'accéder, au-delà des appareillages et prothèses diverses, au petit matériel (tensiomètre, lecteur de glycémie, oxymètre, débitmètre, kit dermo-cosmétique...) pour mieux vivre votre maladie chronique.

Vous ne pouvez pas vous déplacer pour un rendez-vous médical ? Afin de vous rendre chez votre praticien, Mutaero propose un forfait déplacement et prend en charge une partie des frais de taxi, de VTC...

Pour gérer la douleur ou favoriser le mieux-être, vous pouvez profiter de près de 600€* de forfaits par an (cure thermale, luminothérapie, cryothérapie, acupuncture, réflexologie, sophrologie, médecine douce...).

Vous avez des antécédents cardiaques, des problèmes de diabète,... ? Nous mettons à votre disposition des consultations diététiques, des conférences avec des professeurs reconnus (Cardiologue, Diabétologue...) et des ateliers de prévention pour acquérir les bons réflexes en matière de santé.

Votre conjoint(e) a une pathologie plus ou moins lourde et vous endossez le rôle d'aidant

Mutaero prend en charge les haltes répit (lieux d'accueil ponctuels non médicalisés ; environ 10 journées par an*) afin de vous libérer du temps pour prendre soin de vous (rendez-vous médicaux, séance bien-être, médecine douce...).

La nouvelle offre propose des groupes de paroles, des séances de psychologie (avec un forfait spécifique hors dispositif MonPsy) et des liens privilégiés avec des associations partenaires pour accéder à une multitude d'informations.

Votre conjoint(e) peut bénéficier de soins socio-esthétiques, d'atelier d'art thérapeutique à des fins psychothérapeutiques pour plus de 350€* par an.

Si votre conjoint(e) doit faire un séjour en cure thermale, nous participons à la prise en charge des frais de thalasso pour votre compte afin que vous puissiez l'accompagner.

Bien être, gestion de la douleur, soutien aux aidants, lutte contre l'isolement, prévention, aides quotidiennes (aides administratives, sociales, psychologiques...) et report de forfaits sont au cœur de notre dispositif !

Plus de 1 000 € de forfaits renforts par an* !

**formule Maxima, adhésion couple*

NATURE DES SOINS

REMBOURSEMENT TOTAL
(Sécurité Sociale + mutuelle)

PROXIMA 1

HOSPITALISATION MÉDICALE - CHIRURGICALE - MATERNITÉ

Forfait journalier illimité sauf établissements médico - sociaux (type MAS, EHPAD...)	frais réels
Honoraires médecins adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	125% BR
Honoraires médecins non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100% BR
Chambre particulière (par jour)(1) dans la limite de 60 jours / an	20 €
Chambre ou box ambulatoire (par jour) - dans la limite de 30 jours / an	15 €
Frais de séjour en secteur conventionné - non conventionné	100% BR
Transport sanitaire	100% BR

DENTAIRE (devis préalable obligatoire)

Sous réserve de prise en charge accordée par le réseau partenaire Viamédis

Prothèse : devis obligatoire pour toute prestation effectuée par un professionnel de santé hors réseau Viamédis

Taux de remboursement exprimés en % identiques pour les actes du panier maîtrisé et du panier libre.

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ - SOINS ET PROTHESES (2)

100% des frais réels

SOINS - PROTHESES - AUTRES ACTES HORS 100% SANTÉ

Soins dentaires (AXI, END,SDE, ADC)	100% BR
Inlay / Onlay	110% BR
Prothèses ou inlay-core, sur dent visible ou non, prises en charge par la Sécurité Sociale	125% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS (forfait annuel)	0 €
Implants dentaires - forfait annuel	100 €
Traitement de la maladie parodontale : surfaçage ou débridement - forfait annuel	40 €
Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale	125% BR

MÉDECINE COURANTE

Honoraires paramédicaux : Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthopédistes, podologues, ergothérapeutes...	100% BR
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO dont consultations généralistes/spécialistes, imagerie médicale, actes de chirurgie, actes techniques	110% BR
Honoraires médicaux NON OPTAM/OPTAM-CO dont consultations généralistes/spécialistes, imagerie médicale, actes de chirurgie, actes techniques	100% BR
Analyses et examens de laboratoire - acceptés par la Sécurité Sociale	100% BR
Analyses et examens de laboratoire - refusés par la Sécurité Sociale - forfait annuel	NR
Médicaments (vignettes 30% / 65%)	100% BR
Orthopédie, petits et grands appareillages dont les prothèses mammaires et capillaires - accepté par la Sécurité Sociale - forfait annuel	100% BR + 75 €
Séances de psychologie dans le cadre du dispositif Mon Soutien Psy	Selon les modalités réglementaires
Séances de psychologie hors dispositif réglementaire - forfait annuel	100 €

(1) la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours en psychiatrie, long séjour, maison de repos ou convalescence, centre de rééducation, diététique. Le jour de sortie n'est pas pris en charge.

(2) tels que définis réglementairement

OPTIQUE (devis préalable obligatoire)

Forfait limité à une paire de lunettes (1 monture + 2 verres, de classe A, B ou mixte) tous les deux ans par bénéficiaire (sauf pour les -16 ans et changement de dioptrie justifiée avec une paire maximum par an) apprécié à la date du premier achat optique (événement de Sécurité Sociale faisant foi)

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ - Verres, montures de classe A, suppléments et options (2)

100% des frais réels

MONTURE, VERRES, AUTRES "Classe B" HORS 100% SANTÉ

Monture seule	30 €
Forfait verres simples (3) + monture	80 € (dont 30 € de monture)
Forfait verres complexes (4) + monture	200 € (dont 30 € de monture)
Forfait verres très complexes (5) + monture	200 € (dont 30 € de monture)
Lentilles acceptées ou refusées par le régime obligatoire, sur prescription médicale - Ticket modérateur si acceptées par la Sécurité Sociale + forfait annuel	100% BR +30 €
Chirurgie oculaire - remboursement par œil, par an	100 €

Classe MIXTE : Possibilité de panacher les équipements de la classe A avec ceux de la classe B

AVANTAGES DU RÉSEAU DE SOINS KALIXIA

Verres de classe B	jusqu'à - 40 %
Lentilles	jusqu'à - 30 %
Monture	jusqu'à - 20 %
Verres : traitements optionnels lumière bleue, photochromie, anti-reflet	inclus dans la limite du forfait
Garantie casse 2 ans incluse chez un professionnel du réseau de soins Kalixia	inclus

(3) Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries / Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries / Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

(4) Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries / Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries / Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie / Verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries / Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries / Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries / Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

(5) Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries / Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries / Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie / Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

AIDES AUDITIVES (devis préalable obligatoire)

Prise en charge une fois tous les 4 ans, à compter de la date de la dernière facturation de l'appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ - aides auditives de classe I (2)

100% des frais réels

ÉQUIPEMENT HORS 100% SANTÉ, classe II

Aides auditives offre libre Classe II (par oreille) HORS 100% SANTÉ	100% BR + 100 €
Accessoires (piles, embout...) pris en charge par la Sécurité Sociale	100% BR

AVANTAGES DU RÉSEAU DE SOINS KALIXIA

Double appareillage de classe 2	- 500 € en moyenne
Avantages Kalixia accessibles aux ascendants directs des adhérents	Oui

RENFORT PREMIUM - forfait annuel (facture obligatoire)

	PROXIMA 1
REMBOURSEMENT MAXIMUM CUMULÉ PAR ADULTE	115 € de forfait dont
Formule SPORT-SANTE - participation bilan physique avec un coach sportif - diplômé d'Etat - participation au coût d'une licence sportive fédérale* - participation abonnement téléassistance mobile	20 €
Formule MIEUX ÊTRE - GESTION DE LA DOULEUR (6) - sophrologie (hors ateliers prévention) - acupuncture, réflexologie - luminothérapie, cryothérapie - socio-esthétique (diplôme certifiant obligatoire)	25 €
Formule AIDANTS ET PERSONNES PRISES EN CHARGE A 100% - participation dans le cadre d'un atelier Art-thérapeutique - participation au coût d'une halte répit - coût d'adhésion à une association «ALD»* (une seule fois pendant la durée du contrat)	35 €
Lit accompagnant pour l'aidant de l'assuré de + de 65 ans	10 €
- équipements de santé : lecteur glycémie, bandelettes, tensiomètre, oxymètre, débitmètre, cardiofréquencemètre, poche conservation insuline, kit dermo-cosmétique dans le cadre d'une chimiothérapie - homéopathie, huiles essentielles non remboursées par la Sécurité Sociale	25 €
Accompagnement thermal non remboursé par la Sécurité Sociale pour le conjoint de l'adhérent curiste (sur justificatif de la cure thermique du curiste acceptée par la Sécurité Sociale)	NR

ACCOMPAGNEMENT PREVENTION PREMIUM

Service Orientation pour les aidants et les personnes prises en charge à 100% : un conseiller vous informe et vous accompagne dans la mise en relation avec des structures sportives, associatives, ou médico-sociales adaptées à vos besoins	Inclus dans chacune des garanties
Service Pré-hospitalisation : votre conseiller vous appelle suite à une demande de prise en charge Hospitalière pour vous informer sur les prestations prévues à votre contrat	
Conférences - en distanciel et gratuites : un spécialiste reconnu intervient et répond aux questions des participants : DIABETOLOGUE / CARDIOLOGUE / NEUROLOGUE / RHUMATOLOGUE...	
Equilibre alimentaire (nutritionniste/diététicien) - adapter l'alimentation à une particularité médicale	
Gestion du stress/anxiété/trouble du sommeil : ateliers sophrologie	
Accompagnement numérique : espace adhérent Mutaero, compte AMELI, dossier médical partagé	
Atelier sport adapté : coaching en ligne par groupe adapté au profil des participants	
Atelier aidants : conseils, relais avec les services de proximité, groupe de parole	

CONFORT

Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale	100% BR
Médecines douces non prises en charge par le régime obligatoire (mésothérapie, chiropractie, ostéopathie, pédicurie, diététique) - forfait annuel (6)	50 €
Transport + : indemnité de déplacement pour rendez-vous médical, hors hospitalisation, sous réserve de présentation d'une facture et d'un justificatif de rendez-vous médical - forfait annuel	20 €
Forfait confort hospitalier (télévision, téléphone, wifi, eau) - hospitalisation supérieure à 2 nuits (sur présentation du justificatif d'hospitalisation) - forfait annuel	10 €

(6) seules les prestations énumérées sont prises en charge, sous réserve de présentation d'une facture du praticien mentionnant sa qualification
Médecines douces : Pour toute demande de prise en charge par Mutaero, vous devez présenter une facture datée, signée, acquittée avec le tampon du praticien.

* dans le cadre de la prévention déployée par Mutaero

PRÉVENTION

Ostéodensitométrie non remboursée - forfait annuel par bénéficiaire	45 €
Vaccins non remboursés forfait annuel dans la limite de 100€ par an	50% FR
Pack prévention (6): ergothérapie, orthophoniste (dépistage des troubles de l'audition ou du langage), test hemocult, substituts nicotiniques prescrits dès le 2ème mois de traitement)	70 €/an

Nous incluons dans toutes nos garanties complémentaires santé, en plus des remboursements de soins, une multitude de services qui complètent idéalement la garantie santé ! **Découvrez plus en détail les services offerts par Mutaero sur www.mutaero.net**

SERVICES PLUS - QUALITÉ DE SERVICE

Une assistance complète suite à une hospitalisation, une maladie ou un accident	inclus dans chacune des garanties Mutaero
Le tiers payant généralisé pour ne pas avoir d'avance d'argent à réaliser (en France selon convention)	
Le réseau de soins Kalixia permettant de réduire le reste à charge en optique, dentaire et audiologie	
La téléconsultation médicale (consultation d'un médecin 7j/7 et 24h/24)	
Un espace adhérent et une application (consultation des remboursements, des cotisations appelées, des garanties...)	
Pour éviter des mauvaises surprises, vous bénéficiez du calcul de votre reste à charge . Demandez aux professionnels de santé (notamment en audiologie, optique, dentaire), en cas de dépassement d'honoraires, d'effectuer une demande de devis.	

MIEUX COMPRENDRE VOS GARANTIES

Quelques définitions et abréviations présentes dans le tableau de garanties :

BR : Base de Remboursement <> **FR** : Frais Réels <> **SS** : Sécurité Sociale <> **NR** : Non Remboursé.

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée <> **MAS** : Maisons d'accueil spécialisées <> **EHPAD** : <> Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes <> **Inlay-Onlay** : méthode qui a pris le relais des «plombages» dans le traitement de la carie <>

Maladie parodontale <> : Maladie qui affecte les tissus de support des dents, c'est à dire l'os et la gencive, le ciment et le ligament alvéolo-dentaire <> **Ostéodensitométrie** : méthode de référence pour mesurer la densité minérale osseuse sur le rachis et le col du fémur

Bon à savoir :

Les médecins signataires des DPTAM « Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée » (**OPTAM / OPTAM-CO**) s'engagent à limiter le montant de leurs dépassements d'honoraires.

Vos remboursements seront plus importants si vous consultez des médecins qui ont adhéré aux DPTAM (information dans leur salle d'attente et en consultant <http://annuaire.sante.ameli.fr>)

Le 100% santé : il s'agit d'une réforme qui vise à faciliter l'accès aux équipements auditifs, optiques et dentaires en offrant un panier de soins 100% remboursé pour chacun de ces 3 postes de dépenses, avec un choix d'équipements performants :

- en optique : un accès à des verres amincis, antireflets et anti-UV, pour l'ensemble des corrections
- en dentaire : des couronnes céramo-métalliques sur les dents visibles
- en audiologie : des audioprothèses de tous types avec 12 canaux de réglages

Les garanties ci-après sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements et forfaits concernent chaque bénéficiaire. Les forfaits, limites et plafonds s'entendent par année civile.

Les remboursements incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ou de tout autre organisme et interviennent dans le cadre du parcours de soins coordonnés, dans la limite des frais réels. Ne seront remboursés que les dépassements d'honoraires considérés comme autorisés par la Sécurité Sociale.

Les frais engagés hors de France, sont pris en charge sous réserve que l'assuré relève d'un régime d'assurance maladie obligatoire français et que la Sécurité Sociale intervienne.

Cette garantie est conforme à la législation en vigueur sur les contrats responsables.

Les reports de forfait entre adultes sont possibles au sein du foyer uniquement sur les renforts premium exceptés pour l'accompagnement thermal, l'homéopathie et les huiles essentielles.

NOUS CONTACTER

Vous pouvez nous contacter aux coordonnées suivantes :

- Par téléphone (du lundi au vendredi, de 9h00 à 17h30) : 09 69 36 80 80 (appel non surtaxé)
- Par courriel : accueil@mutaero.net
- Par courrier :

Mutaero
34, boulevard Riquet - CS 21504
31015 Toulouse cedex 6



Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité- N° Siren 776 950 610.
MUTAERO- 34, Boulevard Riquet – C.S. 21 504- 31015 TOULOUSE CEDEX 6
TÉL. 09 69 36 80 80- courriel : accueil@mutaero.net



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 précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Cette Complémentaire Santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est ce qui est assuré ?

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

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. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut éventuellement rester à votre charge.

✓ **Hospitalisation médicale - chirurgicale - maternité** : frais de séjour, honoraires médecins, transport, forfait journalier, chambre particulière, chambre en ambulatoire, lit d'accompagnement

✓ **Médecine courante** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, radiologie, médicaments (30%, 65%), matériel médical (petits et grands appareillages dont les prothèse mammaires et capillaires, lecteur glycémie, tensiomètre, débitmètre; oxymètre...)

✓ **Optique (100% santé « classe A », classe B et classe mixte)** : verres (simples, complexes, très complexes), monture, lentilles et chirurgie oculaire

✓ **Dentaire (100% santé, paniers maîtrisé ou libre)** : soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires, inlay-core, orthodontie (acceptée), parodontologie, implantologie.

✓ **Aides auditives (100% santé « classe I » et Hors 100% santé « classe II »)** : prothèses auditives, accessoires

✓ **Autres prestations** : médecines douces (dont podologie), cure thermale, forfait déplacements médicaux, forfait confort hospitalier, formule sport santé, formule Aidants et personnes prises en charge à 100% par le régime obligatoire, accompagnement thermal non remboursé par la Sécurité Sociale, homéopathie, huiles essentielles, Formule Mieux être (sophrologie, acupuncture, cryothérapie, luminothérapie, socio-esthétique)

✓ **Prévention** : ostéodensitométrie non remboursée, vaccins non remboursés, pack prévention, vie sans tabac

✓ **Services inclus** : assistance, réseau de soins kalixia, espace adhérent, ateliers prévention, fonds social, téléconsultation médicale, Tiers payant, forfaits premium reportables, conférences médicales



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

Les frais de soins :

- X - engagés en dehors de la période de validité du contrat
- X - engagés hors de France (sauf si la Sécurité Sociale de l'adhérent les prend en charge)
- X - non indiqués expressément au descriptif de la garantie
- X - au titre de la législation sur les pensions militaires,
- X **Toute action dérivant de l'adhésion au règlement mutualiste** sont prescrites pour deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
- X Chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- X Transport et hébergement liés aux cures thermales
- X Les frais au titre de l'hospitalisation facturés par les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)...



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

Exclusions liées aux contrats responsables :

- ! Participation forfaitaire de 2€ pour consultation et actes médicaux
- ! La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant
- ! Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant
- ! Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au professionnel du dossier médical personnel
- ! Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée

Autres exclusions

- ! Chambre particulière limitée à 60 jours et à 45 jours en psychiatrie, long séjour, maison de repos ou de convalescence, centre de rééducation, diététique. Le jour de sortie n'est pas pris en charge.
- ! Chambre en ambulatoire limitée à 30 jours
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue
- ! Audiologie : prise en charge limitée à un équipement par période de 4 ans
- ! Les maladies, infirmités et blessures résultant d'une faute intentionnelle de l'assuré ou de l'un de ses ayants droit.
- ! Audiologie : Prise en charge une fois tous les quatre ans



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Mutaero intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine et dans les DROM.
- ✓ Les frais engagés hors de France, sont pris en charge sous réserve que l'assuré relève d'un régime d'assurance maladie obligatoire français et que la Sécurité Sociale intervienne. Le remboursement Mutaero viendra alors en complément de celui du régime obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

- Répondre avec exactitude aux renseignements demandés dans les documents de souscription,
- Fournir les justificatifs demandés pour tous les bénéficiaires du contrat,
- Être à jour des cotisations pour percevoir les prestations.
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Déclarer dès que possible les modifications à prendre en compte concernant le ou les bénéficiaire(s) : changement de régime, changement de domicile, changement de coordonnées bancaires, modification de votre composition familiale (naissance, concubinage, PACS, mariage, divorce, décès), changement de profession (perte d'emploi, départ en retraite)



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les paiements peuvent être réalisés mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou encore annuellement.
- Les adhérents peuvent payer leurs cotisations par chèque, prélèvement bancaire sur compte courant et virement bancaire. Tout autre moyen de paiement est exclu.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La couverture santé débute à la date d'effet du contrat indiquée sur le bulletin d'adhésion.
- L'adhésion est renouvelée par tacite reconduction d'année en année sauf dénonciation par l'une des parties.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Résiliation Loi Chatel :

L'adhérent dispose d'un délai de 20 jours à compter de l'envoi de l'appel annuel de cotisations pour mettre fin à son adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Résiliation infra-annuelle

La résiliation peut être donnée par le souscripteur, par lettre ou tout autre support durable et prend effet le mois qui suit la demande. L'adhérent souscripteur peut résilier à tout moment après la date du premier anniversaire du contrat complémentaire santé.

GARANTIE «PROXIMA» 2025 : EXEMPLES DE REMBOURSEMENT ¹⁾



Contrat d'assurance santé responsable ²⁾	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³⁾	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20€ (15€ en psychiatrie)	0€	0€	20€ (15€)	0€
Chambre particulière (sur demande du patient)	60€	Non remboursé (NR)	Non remboursé (NR)	20€	40€
Séjour avec actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé :					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR - 24€	24€	0€
Frais de séjour en secteur privé	835,60 €	835,60 €	811,60€	24€	0€
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	434 €	271,70€	271,70€	67,93€	94,37€
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	473 €	271,70 €	271,70 €	0 €	201,30€
Séjour sans actes lourds - L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public :					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80% BR	20% BR	0€
Frais de séjour en secteur public	3 541 €	3 541 €	2 832,80 €	708, 20 €	0€
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40% BR + dépassement (dans la limite des PLV ⁴⁾	0€
Ex : verres simples et monture	42.50€ (par verre) + 30€ (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0€
Ex : verres progressifs et monture	90€ (par verre) + 30€ (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0€
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	selon contrat
Ex : verres simples et monture	110€ (par verre) + 146€ (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	24,97 € par verre + 29,97 € (monture)	286€
Ex : verres progressifs et monture	243€ (par verre) + 146€ (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	84,97 € par verre + 29,97 € (monture)	432€
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (cas général)	Pas de prise en charge (cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	selon contrat
Forfait annuel (par oeil)	200€	Non remboursé (cas général)	Non remboursé (cas général)	30€	170€
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie (par oeil)	2 000€	Non remboursé	Non remboursé	100€	1 900€

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

Contrat d'assurance santé responsable 2)	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) 3)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0€
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires	500€	120€	72€	428€	0€
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat
Ex : détartrage	43,38€	43,38€	26,03€	17,35€	0€
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40% BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat
Ex : couronne céramométallique sur molaires (dents non visibles)	557€	120 €	72 €	78 €	407€
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100% BR	Dépassement si prévu au contrat	selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)	707€	193,50€	193,50€	48,38€	465,12€
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0€
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950€	400€	240€	710€	0€
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1582 €	400 €	240 €	260 €	1 082 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70% BR - 2€*	30% BR	2€ de participation forfaitaire*
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30€	30€	19€	9€	2€ de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35€	35€	24,50€	10,50€	0€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	37€	37€	23,90€	11,10€	2€ de participation forfaitaire
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70% BR - 2€*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat*
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	50€	35€	24,50€	14€	11,50€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	54€	37€	23,90€	14,80€	15,30€ dont 2€ de participation forfaitaire
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70% BR - 2€*	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)	2€ de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat*
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	62€	23€	16,10€	6,90€	39€
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie...)	67€	23€	14,10€	6,90€	46€ dont 2€ de participation forfaitaire
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	26,18€	24,40€	14,64€	11,54€	0€

*Depuis le 15 mai 2024, le montant de la participation forfaitaire s'élève à 2€