

Règlement mutualiste de la Société Mutualiste Générale de Prévoyance SMGP

NATURE ET OBJET DU REGLEMENT

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du code de la mutualité, le règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

A l'égard des membres participants, le contrat est constitué par le BULLETIN D'ADHESION, la CARTE D'ADHERENT, les STATUTS, le PRESENT REGLEMENT MUTUALISTE et s'applique sans préjudice des dispositions prévues au code de la mutualité.

Les dispositions du règlement peuvent être modifiées par l'assemblée générale de la mutuelle ; les modifications sont opposables aux membres participants dès qu'ils en ont connaissance. Les déclarations des membres participants servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur.

SUBSTITUTION

Les membres participants sont informés que la mutuelle est substituée dans ses droits et obligations par l'Union Mutualiste Générale de Prévoyance, UMGP, union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et inscrite au répertoire national des mutuelles sous le n° 316 730 662, dont le siège est 28 rue Fortuny 75017 PARIS.

TITRE I OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

Chapitre I – Adhésion individuelle

ARTICLE 1

Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle, les personnes physiques qui remplissent les conditions définies à l'article 8 des statuts et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

L'admission des membres est décidée par le conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste.

L'adhérent peut renoncer à son adhésion par lettre simple adressée au siège de la mutuelle dans les 30 jours qui suivent la signature de son bulletin d'adhésion, il sera alors totalement remboursé.

La réadhésion à la même garantie se fait par tacite reconduction conformément aux dispositions légales.

Tout changement de garantie, quelle que soit la date de demande de l'adhérent, ne sera effectif qu'au premier janvier suivant.

Chapitre II – Démission, radiation, exclusion

ARTICLE 2

Le membre participant, pour les opérations individuelles, peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception à la mutuelle ou à l'union au moins deux mois avant la date d'échéance. La date limite d'exercice du droit à dénonciation de l'adhésion est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation conformément aux dispositions légales.

ARTICLE 3

Sont radiés d'office les membres participants qui n'ont pas acquitté leurs cotisations au 1er janvier 0 heure.

En outre, et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties :

- lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement

- ou en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial ou de profession, lorsque la situation antérieure était en relation directe avec la garantie de risques qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

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.

La mutuelle ou l'union doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la mutuelle ou à l'union dans les cas de résiliation susmentionnés.

ARTICLE 4

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle ou l'union de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle ou l'union a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

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, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle ou à l'union la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de 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 poursuites et de recouvrement.

Chapitre III – Catégories de bénéficiaires

ARTICLE 5

Les membres se répartissent en catégories selon les garanties définies ci-après.

Tous les membres sont assujettis au paiement des cotisations d'adhésion et de gestion telles qu'indiquées à l'article 6 du présent règlement mutualiste.

Outre les membres participants, sont aussi bénéficiaires :

- le conjoint, concubin, ou lié par un pacte civil de solidarité qui peut souscrire à la même garantie que l'adhérent.

- les enfants mineurs à charge ; le troisième enfant mineur et les suivants sont pris en charge gratuitement par la même garantie que celle de l'un des deux parents.

Ils bénéficient des taux de remboursement de la garantie choisie.

Chapitre IV – Obligations des adhérents envers la mutuelle

COTISATIONS

ARTICLE 6

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui varie en fonction de la catégorie à laquelle appartient le membre participant et est affectée à la couverture des prestations et des allocations spécifiques.

Sont comprises dans cette cotisation les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes désignés ci-après : U.M.G.P. (Union Mutualiste Générale de Prévoyance), dont le siège social est à Paris (17ème), 28 rue Fortuny La cotisation est fixée forfaitairement. La cotisation est individuelle, et déterminée au moment de son appel (adhésion ou renouvellement) en fonction de l'âge de l'adhérent et de la garantie choisie.

La cotisation annuelle peut être acquittée soit en un paiement unique au jour de l'adhésion, soit en paiements mensuels, trimestriels, semestriels ou fractionnés, savoir douze mensualités d'égal montant dont les échéances de paiement sont fixées au 10 de chaque mois de l'année civile concernée.

ARTICLE 7

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

TARIFS MENSUELS EN €

tranches d'âges*	SÉCURITÉ	CONFORT	HARMONIE
0 à 17 ans	5,50	14,20	17,50
18 à 24 ans	12,00	25,10	35,00
25 à 29 ans	13,10	26,20	38,50
30 à 34 ans	14,20	32,80	41,50
35 à 39 ans	17,50	38,50	47,00
40 à 44 ans	18,50	40,50	50,00
45 à 49 ans	19,70	43,70	56,70
50 à 54 ans	21,50	45,90	57,90
55 à 59 ans	22,90	51,00	64,50
60 à 64 ans	25,20	55,65	71,20
65 à 69 ans	27,50	63,50	80,20
70 à 74 ans	30,90	70,00	89,00
75 à 79 ans	34,50	80,20	101,50
80 ans et plus	40,00	89,00	114,00

TITRE II OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Chapitre I – Prestations accordées par la mutuelle

ARTICLE 8

La mutuelle assure des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie. Pour le service de ces prestations elle se substitue l'UMGP.

Les garanties mutualistes sont :

- Hospitalière
- Sécurité
- Confort
- Harmonie
- Plénitude

I - CONDITIONS GÉNÉRALES

Tout membre participant ou bénéficiaire, affilié ou non à un régime de Sécurité Sociale, ayant droit ou non d'un assuré social, peut bénéficier des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie.

II - OUVERTURE DES DROITS

Pour bénéficier des prestations servies par la mutuelle, les membres participants et bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations et avoir accompli, à la date de l'acte médical faisant l'objet de la demande de remboursement, le stage qui leur est imposé.

La durée du stage est de 1 mois en cas de maladie, 10 mois pour la maternité, réduite à néant en cas d'accident.

Ces délais de stage s'appliquent également lors d'un changement de garantie dont les prestations sont plus favorables.

Les membres participants et bénéficiaires antérieurement affiliés à une autre mutuelle servant des prestations complémentaires de l'Assurance Maladie et semblables à celles fournies par la SMGP sont dispensés de stage à condition de produire un certificat de radiation de moins d'un mois démontrant la continuité de leur couverture.

Les prestations ne peuvent être versées que pour des actes prescrits et dispensés pendant la période d'ouverture des droits.

III - CAS SPÉCIAUX

Les prestations servies aux membres participants et bénéficiaires qui ne sont affiliés à aucun régime d'Assurance Maladie, sont égales à celles qui leur seraient servies par la mutuelle pour la part mutualiste s'ils étaient affiliés au régime de référence pour le paiement de leur cotisation.

IV - RÈGLES CONCERNANT LES CUMULS

Les prestations de la mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la Sécurité Sociale ainsi que celles servies par tout autre organisme de prévoyance. La mutuelle n'intervient qu'en complément de celle des autres organismes.

Le total des remboursements ne peut être en aucun cas supérieur au prix réel payé par le membre participant et le bénéficiaire.

Dans le cas où la prestation théorique de la mutuelle serait supérieure au montant des frais restant à la charge du membre participant et bénéficiaire, la différence entre le montant du remboursement et du prix réellement payé doit être seule servie.

V - RISQUES COUVERTS

Tous les actes pris en charge par la Sécurité Sociale. Les taux de référence sont ceux indiqués par l'article R 322-1 du Code de la Sécurité Sociale.

La modification de ces taux n'entraîne pas automatiquement modification du taux de participation de la mutuelle.

La SMGP s'inscrit en faveur des contrats responsables tels que définis dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, et dans le décret 2005-1226 du 29 septembre 2005, à savoir la prise en charge à hauteur du tarif de responsabilité de la sécurité sociale de tous les soins dans le cadre du parcours de

soins sauf pour la garantie Sécurité et la non prise en charge de la franchise de 17,5% des dépassements hors parcours de soins sur les garanties Harmonie et Plénitude. La baisse du taux de remboursement de la sécurité sociale hors du parcours de soins ne sera pas remboursée par la complémentaire santé SMGP conformément à la définition des contrats responsables.

VI - EXCLUSIONS

Sont exclus :

- les actes de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident,

- les interventions entraînées par une maladie ou une infirmité antérieure à l'admission, sauf avis du médecin conseil établissant qu'au moment de l'admission il n'y avait pas d'indication opératoire,

- les interventions, quelle qu'en soit la cause, pratiquées à la suite
- d'actes volontairement commis par l'assuré tels que : tentative de suicide, mutilation,
- duel, participation directe et effective à une émeute ou à un soulèvement populaire,
- des faits de guerre civile ou étrangère et autres cataclysmes,
- de compétitions, démonstrations acrobatiques, raids, vols d'essai,
- vols sur prototypes, tentatives de record,
- les maladies, infirmités et hospitalisations prises en charge à 100 % par la Sécurité Sociale,
- les maladies mentales (Code de la Santé).

VII - FORCLUSION

Les dossiers ouvrant droit aux prestations doivent sous peine de forclusion, être présentés dans le délai d'un an suivant la date d'établissement des volets de décompte par la Sécurité Sociale ou par l'organisme conventionné.

ARTICLE 9

La Mutuelle crée un fonds d'entraide. Il s'agit d'un fonds de secours mutualiste, pris sur une somme spéciale déterminée chaque année par l'Assemblée Générale, auquel les membres participants des garanties SECURITE, CONFORT, HARMONIE et PLENITUDE peuvent faire appel lorsque des frais médicaux ou paramédicaux importants restent à leur charge.

La Commission Médicale mise en place par le Conseil d'Administration étudie les demandes qui lui sont déposées impérativement avant le début des soins. Elle statue en tenant compte de la situation personnelle et familiale de l'adhérent et des fonds qui lui sont alloués.

Le fonds reçoit une dotation annuelle votée par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 10 PROTECTION CONTRE LES ACCIDENTS

Evènements ouvrant droit à la garantie

La garantie joue dès lors que l'adhérent est victime d'un accident défini ainsi : toute atteinte corporelle subie par l'adhérent et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'adhérent.

Bénéficiaires

Tous les adhérents de la SMGP de moins de 70 ans bénéficiaires d'une complémentaire santé bénéficient de cette garantie.

Garantie

1) Frais de soins de santé

Les frais de soins de santé listés ci-après et exposés consécutivement à un accident garanti sont remboursés après intervention de la Sécurité Sociale à hauteur de 100% des frais réels :

- Frais médicaux, chirurgicaux, d'hospitalisation et pharmaceutiques. Seuls sont remboursés les frais engagés sur prescription médicale jusqu'au jour de la guérison, de la consolidation ou du décès.
- Frais de cure : honoraires de surveillance médicale et frais de traitement en établissement thermal.
- Frais de transport de l'adhérent du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche, à l'exclusion des frais de transport du corps en cas de décès.

- Frais afférents aux appareils d'orthopédie et frais de prothèse (premier appareillage seulement).
- Frais entraînés par un app de lunettes concomitant à un dommage corporel.

Les limites suivantes sont appliquées :

- Prothèses dentaires : maximum 250 \$ par dent.
- Bris de lunettes : maximum 25 \$ par verre, 25 \$ pour la monture et de 25 \$ par lentille.

Il est précisé que le plafond de la garantie est fixé à 25.000 \$ par adhérent et par année d'assurance.

Le remboursement intervient s'il y a lieu en complément des remboursements effectués par les régimes d'assurance maladie obligatoires, par tout contrat d'assurance antérieur à l'adhésion au présent règlement et par tout régime de prévoyance collective.

Si l'accident survient hors de l'Europe, le remboursement des frais de traitement s'effectue après le retour de l'adhérent en France.

Lorsque l'adhérent ne respecte pas le parcours de soins, le taux de remboursement de la mutuelle est limité à celui qui aurait été appliqué dans le cadre du parcours de soins même si le taux de remboursement du régime obligatoire est inférieur. L'assiette sur laquelle s'applique le taux est égale à la base de remboursement retenue par la sécurité sociale. Les divers niveaux de garantie décrits ci-après excluent tous les dépassements d'honoraires qui pourraient être appliqués hors du parcours de soins.

2) Invalidité Permanente

Un capital est versé à l'adhérent lorsqu'il est atteint d'une invalidité permanente à la suite d'un accident garanti.

Le capital est déterminé en fonction du taux d'invalidité dont l'adhérent est atteint.

Le taux d'invalidité permanente est fixé après consolidation par expertise médicale réalisée en France, même si l'accident est survenu à l'étranger. Le barème utilisé par l'expert pour fixer le taux d'invalidité est le barème de droit commun publié au concours médical.

Le taux d'invalidité tient compte uniquement des atteintes à l'intégrité physique de l'adhérent sans prendre en considération l'âge, le préjudice esthétique, d'agrément ou tout autre préjudice.

En cas de lésions multiples :

- Si à la suite d'un accident, plusieurs membres ou organes sont frappés d'incapacité fonctionnelle, les taux d'invalidité en résultant se cumulent, sans que le taux total puisse dépasser le pourcentage prévu pour la perte de ce membre ou de cet organe.

- L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre est assimilée à la perte totale ou partielle de ce membre.

- En cas d'aggravation par une maladie ou infirmité préexistante, la SMGP indemniserait sans tenir compte de l'intervention aggravante de cette maladie ou infirmité. L'indemnité se calculerait d'après les conséquences qu'aurait eu l'accident chez une personne en bonne condition physique et psychique.

Le capital garanti est égal au capital de base du tableau ci-dessous multiplié par le taux d'invalidité

Montant maximum garanti :

L'ensemble des capitaux garantis sur la tête des personnes assurées lors d'un même événement ne pourra en aucun cas dépasser la somme de 1.000.000 \$.

Dans le cas où les capitaux garantis dépasseraient cette somme, la SMGP ne pourrait être tenue de répartir proportionnellement entre les victimes, quel que soit leur nombre, qu'un montant total équivalent audit maximum.

Etendue géographique : monde entier

TAUX D'INVALIDITE MONTANT DU CAPITAL DE BASE

De 0 à 10%	0 €
De 11 à 15%	4.000 €
De 16 à 20%	12.000 €
De 21 à 30%	23.000 €
De 31 à 50%	30.000 €
De 51 à 75%	40.000 €
De 76 à 90%	50.000 €
De 91 à 100%	70.000 €

Formalités en cas de survenance d'un accident

L'adhérent doit déclarer par écrit à la SMGP dans les cinq jours tout événement de nature à faire jouer les garanties du contrat. La non déclaration dans les délais met la SMGP dans l'impossibilité de vérifier sans retard la réalité des événements déclarés. En conséquence, les événements non déclarés dans les délais ne seront pas pris en charge dans le cadre de la garantie. A réception de la déclaration de sinistre, la SMGP fait remplir par l'adhérent une déclaration d'accident sur l'imprimé prévu à cet effet.

L'adhérent doit indiquer :

- La date, le lieu et les circonstances de l'accident.
- S'il y a lieu, le nom et l'adresse du tiers responsable et si possible des témoins.
- L'existence éventuelle d'un rapport de police ou de gendarmerie.

L'adhérent fait parvenir ensuite à la SMGP :

- Un certificat médical précisant la nature des blessures et leurs suites probables.
- Les décomptes de prestations établies par le régime obligatoire ou tout autre régime de prévoyance.
- Les feuilles de soins, les ordonnances, factures d'hôpital, notes d'honoraires ou tout autre document justifiant les dépenses.
- Dans un second temps, le certificat de guérison ou de consolidation.

L'adhérent doit se soumettre :

- Au contrôle des médecins de la SMGP et éventuellement de la personne habilitée à la représenter pour une mission d'information. Le médecin conseil de la SMGP doit avoir la possibilité d'examiner l'adhérent. Il est autorisé par l'adhérent à recevoir toute information médicale à titre confidentiel. En outre, la mutuelle peut demander à l'adhérent toute autre pièce qu'il juge nécessaire à l'instruction du dossier sinistre.

Exclusions

- Les suites et conséquences d'accidents, d'infirmité ou de maladies antérieures à la date d'effet de l'adhésion.

- L'aliénation mentale, une attaque de paralysie, d'apoplexie, d'épilepsie, la psychose, névrose, maladie de Parkinson, syndrome cérébelleux, les atteintes neurologiques dégénératives, ruptures d'anévrisme, ulcères, congestions, congélations, insolation, et d'une façon générale toute affection organique dont le processus de développement a provoqué seul les dommages.

- Le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide ainsi que toute lésion provoquée intentionnellement par l'adhérent.

- L'usage par l'adhérent de stupéfiants ou de drogues non prescrits par une autorité médicale compétente.

- Les accidents résultant d'un état d'ivresse de l'adhérent lorsque le taux est supérieur au taux prévu par la législation en vigueur au moment de l'accident ainsi que les accidents résultant de l'usage des stupéfiants.

- L'utilisation ou la manipulation par l'adhérent d'un engin de guerre dont la détention est interdite.

- La navigation aérienne en qualité de personnel navigant, l'usage d'un aéronef privé, les vols d'essais ou de prototypes.

- Les sports aériens, les sports pratiqués à titre professionnel, le saut à l'élastique, l'ascension en montagne et l'alpinisme sans guide professionnel, le saut à ski, le tremplin, le skeléton, le bobsleigh, la luge sur piste, le hockey sur glace, la pratique du yachting à plus de cinq miles des côtes, la plongée sous-marine

avec appareil autonome, la spéléologie, le polo, les exhibitions acrobatiques, les sports pratiqués avec un véhicule à moteur, le combat avec ou sans arme, les épreuves de neige ou de glace donnant lieu à un classement international, national ou régional.

- La guerre civile et étrangère, déclarée ou non, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ou de sabotage auxquels l'adhérent aurait participé.

- Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation du noyau de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des radiations par accélération artificielle de l'atome ou de la radioactivité ainsi que des radiations par accélération artificielle des particules, sauf quand ces événements se sont déroulés lors des activités d'enseignement ou dans le cadre de stages ayant fait l'objet d'une convention entre l'établissement et l'organisme d'accueil et que ces stages font partie intégrante du cursus d'enseignement.

- Les rayons X, le radium et ses composants, sauf si les dommages résultent pour l'adhérent, au cours d'un stage, d'une fausse manipulation des instruments.

- La participation de l'adhérent à une rixe, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.

- Les attentats, émeutes sont exclus si l'adhérent y prend une part active.

ARTICLE 11

Les prestations de la mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la Sécurité Sociale ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance. Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut cependant être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Dans le cas où la prestation théorique de la mutuelle serait supérieure au montant des frais restant à la charge de l'adhérent, la différence entre le montant des remboursements et le prix réellement payé doit seule être servie.

Article 12 - TABLEAU DES PRESTATIONS (ci-dessous)

Chapitre II - Subrogation

ARTICLE 13

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Chapitre III - Information des adhérents

ARTICLE 14

Le règlement mutualiste et les modifications qui peuvent y être apportées sont portés à la connaissance des adhérents.

L'adhérent est informé :

- des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès,
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

	Taux conventionnels de la Sécurité sociale			
	SÉCURITÉ	CONFORT	HARMONIE	
HOSPITALISATION OU CHIRURGIE LOURDE				
Hospitalisation médicale et chirurgicale > 30 jours sur soins ou actes ≥ 91€	100%	100%	100%	100%
Franchise 18€ sur soins ou actes ≥ 91€		Oui	Oui	Oui
Hospitalisation avec soins en dessous de 91€	80%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier		16€/ jour	16€/ jour	16€/ jour
• forfait journalier hospitalier psychiatrique		12€/ jour	12€/ jour	12€/ jour
• supplément chambre particulière			16€/ jour	25€/ jour
• lit d'accompagnement en cas d'hospitalisation			16€/ jour	25€/ jour
DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS				
Médecin traitant généraliste	70%	100%		
Médecin traitant spécialiste	70%			
Médecin correspondant (généraliste)	70%	100%		
Médecin correspondant (spécialiste)	70%	70%	100%	130%
Chirurgie sans hospitalisation avec soins en dessous de 91€	70%	70%		
Imagerie diagnostic et échographie	70%	70%		
Frais de salle d'opération	65%	100%		
HORS DU PARCOURS DE SOINS				
Médecin généraliste	60%	90%		
Médecin spécialiste	60%			
Soins externes dans un centre de santé ou en établissements publics ou privés	60%	60%	90%	120%
Imagerie diagnostic et échographie	60%			
ACCÈS DIRECT SPÉCIFIQUE				
Gynécologie, ophtalmologie	70%	70%	100%	130%
Médecin psychiatre et neuropsychiatre	70%	70%	70%	100%
NON VISÉ DANS LE PARCOURS DE SOINS				
Soins dentaires (hors orthodontie)	70%	70%		
Prothèses dentaires acceptées par la SS	70%	70%		
Prothèses (hors dentaire), appareillages divers et accessoires	65%	70%		130%
Optique	65%	100%		
Soins sage-femmes	70%	70%		
Soins infirmiers et de kinésithérapie	60%	60%	100%	
Analyses	60%	60%		
Orthodontie	70%	100%		
Pharmacie	35 à 65%	100%		
Thermalisme : actes médicaux	70%	70%		100%
Thermalisme : séjours, pratiques complémentaires, transport	65%	65%		
Orthophonistes et orthoptistes	60%	60%		
FORFAITS ANNUELS				
Naissance		0 €	155 €	230 €
Dentaire : prothèses		0 €	50 €	80 €
Optique montures, verres et lentilles		0 €	40 €	80 €
Pilule contraceptive de 3 ^{ème} génération		0 €	40 €	50 €
Cure de sevrage tabagique		0 €	60 €	80 €
Hospitalisation de plus de 7 jours		75 €	75 €	75 €
ACTES DE PRÉVENTION				
Vaccins et rappels acceptés ou non	70%	Oui	Oui	Oui
Bilan du langage oral		Oui	Oui	Oui
SOLIDARITÉ				
Fonds mutualiste d'entraide		Oui	Oui	Oui
ET EN PLUS				
Capital décès		305 €	610 €	915 €