COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

# PRÆCO

# **GÉODE SANTÉ TNS**

Remboursements Régime Obligatoire + Mutuelle

	Kembour	sements kegim	e Obligatoire +	iviutuelle
,	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
SOINS COURANTS ET HONORAIRES MÉDICAUX				
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations, visites généralistes et spécialistes signataires OPTAM/OPTAM-CO	130%	160%	220%	300%
Consultations, visites généralistes et spécialistes non-signataires OPTAM/OPTAM-CO	110%	140%	200%	200%
Actes techniques signataires OPTAM/OPTAM-CO	130%	160%	220%	300%
Actes techniques non-signataires OPTAM/OPTAM-CO	110%	140%	200%	200%
Radiologie signataire OPTAM/OPTAM-CO	130%	160%	220%	300%
Radiologie non-signataire OPTAM/OPTAM-CO	110%	140%	200%	200%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Auxiliaires médicaux, soins infirmiers	130%	160%	200%	200%
Transport remboursé par la Sécurité sociale	130%	160%	200%	200%
Psychologue (séances réalisées dans le cadre du dispositif de la Sécurité sociale « Mon Psy », auprès d'un	100%	100%	100%	100%
psychologue partenaire, et après la consultation d'un médecin)				
Analyses et examens de laboratoires remboursés par la Sécurité sociale	130%	160%	200%	200%
MÉDICAMENTS REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE				_
Médicaments à service médical rendu majeur ou important (65%)	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré (30%)	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible (15%)	100%	100%	100%	100%
MATÉRIEL MÉDICAL (16)				
Petit appareillage, Grand appareillage, Dispositifs médicaux à usage unique, Orthopédie et	150%	200%	250%	300%
Pansements  O LLOS DITALIS A TION				
• HOSPITALISATION				
HONORAIRES		ı	1	
Frais de séjour (secteur conventionné et non conventionné) (1)	100%	100%	100%	100%
Soins - Honoraires (secteur conventionné et non conventionné) signataire OPTAM/OPTAM-CO	130%	160%	220%	300%
Soins - Honoraires (secteur conventionné et non conventionné) non-signataire OPTAM/OPTAM-CO	110%	140%	200%	200%
Chambre particulière en chirurgie, médecine et maternité (2)	30 €	40 €	60 €	95 €
Actes médicaux supérieurs à 120 €	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (3)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de connectivité <sup>(3*)</sup> (maxi : 152,45 € par an)	1,52 € / jour	1,52 € / jour	1,52 € / jour	1,52 € / jour
OPTIQUE				
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ – CLASSE A (4) (5)				
Équipement classe A 100% Santé	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
ÉQUIPEMENTS ET FRAIS D'OPTIQUE À PRIX LIBRE – CLASSE B (2 VERRES ET UNE MO	ONTURE) <sup>(6)</sup>			
Équipement verres simples (unifocaux) (7)	100 €	150€	200 €	300€
Bonus fidélité si non consommé pendant 24 mois	40 €	60 €	80 €	100€
Équipement verre simple + verre complexe (7)	175 €	225 €	275 €	375€
Bonus fidélité si non consommé pendant 24 mois	50€	75 €	100 €	125€
Équipement verres complexes (7)	230 € 50 €	280 € 80 €	330 € 120 €	450 € 150 €
	100%	100%	100%	100%
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (8)	+100 €	+130 €	+175 €	+225€
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (8)	80 €/ an	125 €/ an	150 €/ an	200 €/ an
Forfait annuel chirurgie de l'œil (par œil) non remboursée par le RO <sup>(9)</sup>	150 €/ œil	225 €/ œil	300 €/ œil	400 €/ œil
<b>●</b> DENTAIRE				
Soins et prothèses dentaires remboursées par le RO - Panier 100% Santé (10)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SOINS DENTAIRES	I	ı		
Soins, actes d'imagerie et de chirurgie	100%	100%	100%	100%
Inlays, Onlays et Overlays	160%	160%	160%	160%
Plafond dentaire global par an et par bénéficiaire - Hors Panier 100% Santé	100%	1 250 €	1500€	2 500 €
PROTHÈSES - HORS PANIER 100% SANTÉ	1 000 €	1 230 €	1 300 €	2 300 €
Prothèses à honoraires libres	1000/	1000/	1000/	1000/
Inlays Core	180%	180%	180%	180%
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale Bonus fidélité si non consommé pendant 24 mois	200% 100%	250% 100%	300% 100%	350% 100%
Prothèses à honoraires maîtrisés (11)	1 100/0	1 20070	1 20070	100/0
Inlays Core	130%	160%	180%	180%
		1		

Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	130%	160%	200%	300%
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par le RO (par semestre) (12)	130%	160%	200%	200%
• AIDES AUDITIVES				
Prothèses 100% Santé	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
ÉQUIPEMENTS À PRIX LIBRE (13)				
Audioprothèses Classe II (par oreille) (21 ans et plus)	180€	200€	300€	450 €
Audioprothèses Classe II (jusqu'à 20 ans inclus ou atteints de cécité) La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction	200€	300 €	400€	600€
Accessoires (14)	130%	160%	200%	300%

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
<b>●</b> BIEN-ÊTRE				
Ostéopathes, chiropraticiens, acupuncteurs, étiopathes, sophrologues (15)	50€	50€	50€	50€
	par acte	par acte	par acte	par acte
	dans la limite du			
	forfait annuel de	forfait annuel de	forfait annuel de	forfait annuel de
	75 €	115 €	155 €	195 €

		ı		
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
<b>○</b> INDEMNITÉS FORFAITAIRES				
Dépendance (17)	Capital de	Capital de	Capital de	Capital de
bependance	500€	500 €	500€	500€
Cotisation décès accident (750 €) (17)	Capital de	Capital de	Capital de	Capital de
	750 €	750 €	750 €	750 €
Cotisation obsèques (500 €) (17)	Capital de	Capital de	Capital de	Capital de
, , ,	500 €	500€	500 €	500€
PROTECTION JURIDIQUE (17)				
<b>▶ ASSISTANCE</b> (mobilité et à domicile)	Oui	Oui	Oui	Oui
• TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE	Oui	Oui	Oui	Oui
SERVICE TCHAT	Oui	Oui	Oui	Oui
SECOND AVIS MÉDICAL	Oui	Oui	Oui	Oui
O CARTE AVANTAGES (17)				
Tout comme un vrai comité d'entreprise, ce sont des centaines de bons plans et de réductions sur :				
- Vos loisirs				
- Vos envies	Oui	Oui	Oui	Oui
- La culture (cinéma, spectacles, concerts etc.)				
- Les produits de vos artisans et commerçants locaux				
OCOUPS DURS (17)				
Indemnités « Coups Durs » en cas de :				
- Perte d'emploi				
- Arrêt de travail	Oui	Oui	Oui	Oui
- Hospitalisation suite à accident				
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie				
SOINS À L'ÉTRANGER (18)	Oui	Oui	Oui	Oui

## **RENFORTS**

● RENFORT 1	Forfait annuel par an et par bénéficiaire		
Ostéopathes, chiropraticiens, acupuncteurs, étiopathes, pédicure	125 €		
Cure thermale	100% + 100 €		
Médicaments prescrits non remboursés	25 €		
● RENFORT 2	Forfait annuel par an et par bénéficiaire		
Ostéopathes, chiropraticiens, acupuncteurs, étiopathes, pédicure	250 €		
Cure thermale	100% + 200 €		
Médicaments prescrits non remboursés	50€		

## **CE QU'IL FAUT SAVOIR**

#### Toutes les garanties formulées en % s'entendent :

- En pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- Part de la Sécurité sociale comprise.

#### Tous les remboursements s'entendent :

- Dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale.
- À l'exclusion des participations forfaitaires et franchises mentionnées au II et III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale
- À l'exclusion (en cas de consultation en dehors du parcours de soins) des dépassements d'honoraires et de la majoration de la participation mentionnée dans le code de la Sécurité Sociale et de la santé publique.

RO: Régime Obligatoire

OPTAM/OPTAM-CO: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgie Obstétrique)

Montant en euros : forfait par an et par bénéficiaire.

- (1) Frais de séjour : 100% durée illimitée
- (2) Limité à 30 jours par an et par bénéficiaire en rééducation fonctionnelle, maison de repos, psychiatrie. Exclue en maison de convalescence, moven séjour.
- (3) Forfait hospitalier : 20 €/jour sauf psychiatrie (15 €/jour). Illimitée en chirurgie et médecine, psychiatrie, rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour. Les MAS et EPHAD sont non pris en charge.

(3\*)

Forfait Connectivité : la mutuelle vous propose la prise en charge d'un Forfait Connectivité qui correspond au frais d'abonnement pour l'accès à un téléviseur, à un téléphone fixe ou encore à Internet dans votre chambre lors de votre hospitalisation et facturé par l'établissement de soins. Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

- (4) Prise en charge intégrale des équipements de classe A dans la limite des prix de vente définis par la règlementation.
- (5) Tels que définis règlementairement.

### Conditions de renouvellement d'un équipement optique :

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique (composé de deux verres et d'une monture) dans les conditions de renouvellement fixées par l'arrêté du 3 décembre 2018 modifiant la prise en charge d'optique médicale de la Liste des Produits et Prestations (LPP) prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, et rappelées ci-après.

- Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.
- Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.
- Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné précédemment s'applique.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif de l'équipement optique concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement, et dans ce cas, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Par dérogation aux dispositions ci-dessus, le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans l'une des situations limitativement prévues par la LPP, et pour laquelle la justification d'une évolution de la vue est effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Par dérogation également, pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Par dérogation enfin, aucun délai minimal de renouvellement des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique, à une pathologie générale ou à la prise de médicaments au long cours), définies par la LPP, sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- Une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin. La prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés.
- Une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

<u>Panachage des verres et monture :</u> un équipement peut être composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes (A ou B) différentes. <u>Remboursement d'un verre neutre :</u> le remboursement d'un verre neutre (sans correction) hors du panier 100% Santé (classe B) se fera à hauteur du remboursement du verre simple.

- (6) Le remboursement de la monture se fait dans la limite des frais réellement engagés et dans la limite de 100€.
- (7) <u>Définition des types de verres :</u> (au sens de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale) :
  - 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.
  - 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, verres 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.
  - 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 sphérocylindriques 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.
- (8) Forfait annuel par an et par bénéficiaire s'ajoutant au remboursement éventuel du RO sur présentation d'ordonnance ou lettre de refus de votre Régime Obligatoire.
- 9) Montant en euros : par œil, par bénéficiaire et par an.
- (10) Soins et prothèses relevant du « 100 % Santé » au 1er janvier 2020, définis par la règlementation, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention.
- (11) Prothèses hors « 100% Santé », auxquelles s'appliquent des honoraires limites de facturation au 1er ianvier 2020.
- (12) Prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs.
- (13) Tels que définis règlementairement et dans la limite du prix de vente (PLV) fixé par les textes officiels à la date des soins et dans la limite du plafond du contrat responsable.

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive peut être fait à l'échéance d'une période de 4 ans suivant la précédente délivrance.

Pour le renouvellement, le remboursement de la Sécurité sociale et de votre complémentaire santé est soumis à certaines conditions :

- L'appareil auditif actuel n'est plus adapté ou fonctionnel ;
- Le délai de garantie de 4 ans de l'appareil est passé ;
- Vous bénéficiez d'une prescription médicale.

Pour renouveler la prise en charge de vos appareils auditifs, une prescription médicale établie par un oto-rhino-laryngologiste (ORL) est nécessaire.

Attention : les prothèses auditives sont prises en charge par l'Assurance maladie à condition qu'elles appartiennent à une catégorie inscrite sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursés.

Votre mutuelle conditionne le remboursement de toute prestation d'audioprothèse à la réception des pièces suivantes :

- La copie de l'ordonnance de prescription des audioprothèses par l'ORL,
- La copie du tracé et du compte-rendu du dernier audiogramme réalisé,
- La copie des 2 devis que l'audioprothésiste vous a transmis, l'un des devis doit obligatoirement concerner une aide auditive de classe 1 (offre 100% Santé),
- Tout document jugé nécessaire par la mutuelle pour l'instruction de votre dossier.

Désormais, les aides auditives sont réparties en deux catégories :

- Les aides auditives de classe 1 (offre 100% Santé) : elles permettent aux assurés de prétendre à une offre exonérée de reste à charge.
- Les aides auditives de classe 2 (en dehors du 100% Santé): ce sont des dispositifs médicaux à prix libres. Ils ne permettent pas de garantir une absence de reste à charge.

Les prestations de suivi qui sont attachées à ces aides auditives sont comprises dans le prix d'achat de l'équipement.

- (14) S'entendent comme pris en charge par la Sécurité sociale., les accessoires suivants : écouteur, microphone, embout auriculaire (pour bénéficiaire de moins 2 ans : 4 embouts / an / appareil ; pour bénéficiaire de plus de deux ans : 1 embout /an/appareil), pile sans mercure.
- (15) Forfait, par an et par bénéficiaire, pris en charge sur présentation d'une facture nominative acquittée permettant d'identifier le nom et la qualité du professionnel de santé.

## (16) Petit Appareillage :

- Orthèses et prothèses externes

## Grand appareillage :

- Véhicules pour handicapés physiques (1 fois tous les 5 ans). Les frais de réparation sont limités au ticket modérateur.
- Prothèses externes non orthopédiques
- Prothèses oculaires et faciales
- Podo-orthèses
- Orthoprothèses

## Dispositifs médicaux à usage individuel :

- Dispositifs médicaux pour le traitement des maladies respiratoires

- Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile
- Dispositifs médicaux pour auto-traitement ou autocontrôle
- Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil uro-génital
- Produits pour nutrition et matériels d'administration
- Dispositifs médicaux de prévention, de traitement et de maintien pour l'appareil locomoteur
- Dispositifs médicaux pour autres traitements et articles divers
- Lits et matériels pour lits
- Dispositifs médicaux et matériels d'aide à la vie
- Postiche

Les prothèses capillaires appartenant à la classe reste à charge nul (RAC 0) sont prises en charge intégralement dans la limite du prix limite (PLV) de vente fixé par les textes officiels à la date des soins et tels que défini règlementairement.

Les prothèses capillaires appartenant à la classe hors reste à charge 0 (HORS RAC 0) sont remboursées à hauteur du remboursement indiqué dans le tableau de garantie.

La prise en charge financière d'une prothèse capillaire s'accompagne de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile permettant de recouvrir la tête nue.

#### Pansements:

- Articles pour pansements et matériels de contention
- (17) Les prestations sont versées par année civile et par bénéficiaire.

#### (18) SOINS À L'ÉTRANGER :

La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, en Corse, ainsi que dans les DROM.

#### Cas des sinistres survenus à l'étranger

La garantie du contrat s'étend aux maladies et accidents survenus à l'étranger si les deux conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- si les soins ont été prodigués au cours d'un séjour temporaire de moins de 3 mois hors de la France métropolitaine, de la Corse et des DROM;
- et, si les soins ont fait l'objet d'une prise en charge par un Régime obligatoire de Sécurité sociale français, ou par un Régime obligatoire relevant de la Carte européenne dans la zone Union Européenne, Espace Économique Européen, ou en Suisse.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle prend en charge les dépenses exposées :

- à hauteur du ticket modérateur, sur la base du décompte de la Caisse de Régime obligatoire de Sécurité sociale française, ou de celui du pays dans lequel les soins ont été réalisés :
- sur présentation de tout justificatif utile au versement de la prise en charge tels que copies du formulaire s3125 de déclaration de soins reçus à l'étranger (destiné au régime de base obligatoire), des ordonnances, de factures diverses acquittées, frais de transport, etc... (liste non exhaustive), ou de toute autre pièce complémentaire demandée par la Mutuelle. La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

Si les garanties du contrat s'appliquent, la Mutuelle intervient dans les limites suivantes :
- S'agissant des frais d'hospitalisation à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un

- S'agissant des frais d'hospitalisation à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale française, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera une indemnité de 100 € (cent euros) par journée d'hospitalisation, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1500 € (mille-cinq-cents euros).
- S'agissant de frais dentaires à l'étranger :
  - Si les frais dentaires ont été engagés dans l'un des pays frontaliers suivants (Allemagne, Belgique, Luxembourg, Italie, Espagne), et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, le remboursement de la Mutuelle s'effectuera conformément aux garanties souscrites telles que figurant dans le tableau contractuel des garanties, et ce, toujours dans la limite des frais engagés (application des limites de garanties et des plafonds annuels, le cas échéant).
  - Si les frais dentaires ont été engagés dans un pays non cité précédemment, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale français, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle Assureur, cette dernière versera un forfait de 200 € (deux-cents euros) par prothèse et/ou implant, par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, et à hauteur d'un plafond annuel par année civile et par bénéficiaire de 1 000 € (mille euros).
- S'agissant de frais optiques à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 € (cents euros) par équipement ou 50 € (cinquante euros) par paire de lentilles, dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.
- S'agissant de frais d'audioprothèse à l'étranger, et dans le cas où l'Assuré supporte un reste à charge après intervention du Régime obligatoire de Sécurité sociale, complété du ticket modérateur versé par la Mutuelle, cette dernière versera un forfait de 100 € (cents euros) par prothèse (oreille), dans la limite des frais engagés, par année civile et par bénéficiaire.

La traduction éventuelle des documents nécessaires au remboursement reste à la charge de l'assuré.

Vous pouvez retrouver l'ensemble de vos contrats et la possibilité de souscription de nouvelles garanties depuis votre espace adhérent https://mawebmutuelle.fr/