

Votre **complémentaire
santé collective** avec
MUTEX - l'alliance mutualiste



MUTEX - l'alliance **mutualiste**

ADREA
mutuelle
— GROUPE AESIO —

apréva
— GROUPE AESIO —

Evimcd
mutuelle
— GROUPE AESIO —

Harmonie
mutuelle
— GROUPE vyv —

Mutuelle
Ociane
— GROUPE MATMUT —

MUTUALITÉ
FRANÇAISE

RÉGIME FRAIS DE SANTÉ : VOS GARANTIES

Remboursements y compris Sécurité sociale, en pourcentage de la BR : Base de remboursement Sécurité sociale.

GARANTIES	NIVEAU A Socle de base conventionnel	NIVEAU B	NIVEAU C
SOINS DE VILLE			
Généraliste hors OPTAM / OPTAM (1)	100 % BR / 100 % BR	105 % BR / 125 % BR	180 % BR / 200 % BR
Spécialiste hors OPTAM OPTAM-CO/ OPTAM OPTAM-CO (1)	105 % BR / 125 % BR	130 % BR / 150 % BR	180 % BR / 200 % BR
Actes techniques hors OPTAM OPTAM-CO/ OPTAM OPTAM-CO (1)	105 % BR / 125 % BR	130 % BR / 150 % BR	180 % BR / 200 % BR
Analyses et auxiliaires médicaux	125 % BR	125 % BR	125 % BR
Radiologie hors OPTAM OPTAM-CO/ OPTAM OPTAM-CO (1)	105 % BR / 125 % BR	105 % BR / 125 % BR	105 % BR / 125 % BR
Prothèses médicales	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Médecine douce (par séance)	Néant	20 € (max 3 / an)	30 € (max 5 / an)
Cure thermique	Néant	Néant	300 € / an
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires hors OPTAM OPTAM-CO/ OPTAM OPTAM-CO (1)	130 % BR / 150 % BR	150 % BR / 175 % BR	180 % BR / 200 % BR
Forfait journalier	100 % FR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais d'accompagnement	Néant	30 €	60 €
Chambre particulière en ambulatoire	Néant	15 €	30 €
Chambre particulière avec nuitée (par jour)	Néant	15 €	30 €
PHARMACIE			
SMR majeur ou important	100 % BR	100 % BR	100 % BR
SMR modéré	30 % BR	100 % BR	100 % BR
SMR faible	15 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins	Néant	Néant	50 € / an
Contraceptions non remboursées	Néant	Néant	50 € / an
FRAIS DENTAIRES			
Soins	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Inlay simple / Onlay	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Inlay core / Onlay à clavette	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Prothèses remboursées par la SS	180 % BR	270 % BR	370 % BR
Orthodontie acceptée	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Orthodontie refusée	Néant	150 % BR	200 % BR
Implant	Néant	Néant	Néant
OPTIQUE (FORFAIT BI-ANNUELS MONTURE + VERRES)			
Verres simples : forfait global (dont monture)	150 € (50 €)	200 € (80 €)	350 € (130 €)
Verres "mixtes" forfait global (dont monture)	180 € (50 €)	240 € (80 €)	405 € (130 €)
Verres complexes forfait global (dont monture)	200 € (50 €)	280 € (80 €)	460 € (130 €)
Lentilles (forfait bi-annuel)	150 €	175 €	200 €
Kératotomy (par œil)	Néant	Néant	300 €

[1] Conformément au décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, les dépassements des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins sont minorés d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.
Les options OPTAM et OPTAM-CO ont, conformément aux dispositifs de la dernière convention médicale du 25 août 2016, remplacé le contrat d'accès aux soins (CAS) depuis le 1er janvier 2017. L'ensemble de ces dispositifs sont visés dans les textes relatifs au contrat responsable sous le terme commun de : "dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées".



OPTIQUE: LE RÉSEAU

K**KALiViA**

MYOPIE ET HYPERMÉTROPIE

	En dehors du réseau Prix public	Prix moyen réseau KALIVIA
Monture	100 €	85 €
2 verres anti-reflet (sphère < 2 cylindre 0)	173 €	117,20 €
Equipement complet (avant remboursement)	273 €	202,20 €
	-70,80 € sur le prix d'une paire de lunettes	

PRESBYTIE

	En dehors du réseau Prix public	Prix moyen réseau KALIVIA
Monture	100 €	85 €
2 verres anti-reflet (sphère < 2 cylindre 0)	446 €	321,60 €
Equipement complet (avant remboursement)	546 €	406,60 €
	-139,40 € sur le prix d'une paire de lunettes	



QUELQUES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT



PROTHÈSE DENTAIRE

600 €**Niveau A****Niveau B****Niveau C**

■ Sécurité sociale

■ Mutuelle

■ Reste à charge

LES ATOUTS DE NOTRE OFFRE MUTUALISTE

Cette offre de MUTEX-l'alliance mutualiste vous permet de remplir vos obligations réglementaires et juridiques. Elle fait partie des offres référencées par votre branche professionnelle.

● UNE GESTION AU PLUS PRÈS DES EMPLOYEURS

Une offre adaptée à tous les besoins

- 3 niveaux de couverture.
- La possibilité de couvrir, au choix : le salarié seul, ou le salarié et sa famille.
- **Le salarié peut compléter ses garanties de façon facultative**, en optant pour un niveau supérieur, ou en affiliant individuellement ses ayants droit.

Des interlocuteurs dédiés et proches de votre entreprise

Plus de **1 500 conseillers** répartis sur tout le territoire sont à votre disposition.

Un espace client entreprise pour faciliter la gestion et le suivi de votre contrat.

Grâce à ce service sécurisé vous pouvez à tout moment :

- Consulter les documents du régime.
- Télécharger les imprimés de gestion (affiliation d'un salarié)...

Une politique de prévention pour aider vos salariés à préserver leur santé

Via internet ou nos experts, chacun peut trouver de vraies réponses, des conseils, des programmes pour vivre mieux et en meilleure santé.

● DES AVANTAGES CONCRETS POUR LES SALARIÉS

L'accès aux soins pour tous

- L'optique et les audioprothèses **à tarifs négociés sans rien céder à la qualité, grâce au réseau Kalivia.**
- Le premier réseau de réalisations sanitaires et sociales (centres dentaires, établissements et services hospitaliers, centres de soins etc.) permet de réduire le reste à charge.

Le tiers payant généralisé

Grâce à un accord passé avec des professionnels de santé, le tiers payant permet d'éviter l'avance des frais sur de nombreux actes.

Un espace salarié personnalisé

Vos salariés ont accès à un service en ligne qui leur permet notamment de :

- Déclarer tout changement de situation personnelle
- Trouver un praticien du réseau à proximité
- Consulter son décompte en ligne

Avec 7 millions de personnes protégées, 1 500 conseillers et plus de 700 agences, MUTEX-l'alliance mutualiste c'est la garantie d'un lien direct et personnalisé

UNE MUTUELLE PROCHE DE VOUS



Depuis le 1er janvier 2017, Ociane et Matmut ont associé leurs forces pour devenir un acteur national de la protection sociale. Spécialiste de la protection des personnes en Santé, Prévoyance, Epargne et Retraite, Ociane Groupe Matmut agit pour que chacun puisse accéder aux meilleurs soins dans les meilleures conditions, dans le respect des valeurs mutualistes, la qualité de service, la solidarité, la performance, la loyauté et la transparence. Ociane Groupe Matmut est adhérente à la Mutualité Française.

→ Ociane Groupe Matmut en chiffres

- **Près de 90 ans d'expérience** dans la protection des personnes
- **Près de 600 000 adhérents** protégés en santé
- **2 960 000 sociétaires**
- Plus de **9 000 contrats entreprises**
- Un **centre d'appels disponible 6 jours sur 7** pour vous conseiller en complémentaire santé prévoyance
- **410 collaborateurs**
- **520 agences en France**

www.matmut.fr/pro

Le contrat est coassuré par Mutex, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi-Mcd mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane.

Organismes présentés dans les Conditions générales et Notice d'information.

Mutex agit en tant qu'interlocuteur unique et coordinateur, mandatée par les mutuelles.

Mutex : Société anonyme, au capital de 37 302 300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040 - Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex



BULLETIN DE SOUSCRIPTION DE L'ENTREPRISE

Régime Frais de santé – Régime Général hors MSA

1 IDENTIFICATION ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise : _____

Dénomination commerciale : _____ Groupe : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : Ville :

Adresse de correspondance (si différente du siège social) : _____

Code postal : Ville :

Forme juridique : N° de SIRET : Code NAF :

Effectif salarié :

Identité du contact à privilégier pour la mutuelle :

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____ Téléphone : _____

E-mail :

2 RÉGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE POUR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

Je soussigné, Mme / M _____
agissant en qualité de _____ ayant pouvoir d'engager l'entreprise, atteste
l'exactitude des renseignements fournis et demande à adhérer⁽¹⁾ au régime ci-dessous pour l'ensemble
du personnel.

Date d'effet de l'adhésion :

3 BÉNÉFICIAIRES ET NIVEAU DE GARANTIES RETENUS

- BÉNÉFICIAIRES

- ☐ Couverture obligatoire du **SEUL SALARIÉ** ⁽²⁾
- ☐ Couverture obligatoire du **SALARIÉ ET DE SES AYANTS-DROIT**

• NIVEAU DE GARANTIES : **A** ⁽²⁾ ☐ **B** ⁽²⁾ ☐ **C** ⁽²⁾ ☐

⁽¹⁾ La souscription doit faire l'objet d'un acte de mise en place au sein de votre entreprise (DUE, accord référendaire ou collectif).

(2) Le salarié aura la possibilité de souscrire, à titre individuel et facultatif, à l'extension des garanties à ses ayants droit et/ou à une amélioration des garanties.

4 COTISATIONS mensuelles – Régime OBLIGATOIRE

		A	B	C
Salarié seul ☐		30,50 €	39,10 €	57,40 €
	☐ Tarif unique Famille	55,80 €	68,50 €	95,80 €
Salarié et ses ayants-droit	☐ Isolé	30,50 €	39,10 €	57,40 €
	☐ Famille	74,30 €	97,80 €	135,80 €
	☐ Salarié	30,50 €	39,10 €	57,40 €
	☐ Conjoint	32,00 €	39,10 €	57,40 €
	☐ Enfant <i>(gratuité à compter du 3^{ème} enfant)</i>	18,50 €	25,40 €	32,80 €

- La participation de l'employeur doit être au minimum de 50% de la cotisation.

5 FORMALITÉS

La présente demande d'adhésion doit être retournée auprès de la mutuelle, accompagnée d'un extrait K-bis de moins de 3 mois.

Dès réception, nous vous adresserons votre contrat d'adhésion (Conditions Générales et Conditions Particulières) et les bulletins individuels d'affiliation.

Au retour des Conditions Particulières régularisées, nous vous transmettrons les notices d'information destinées à vos salariés.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'entreprise peut demander communication et rectification de toute information la concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs et gestionnaires. L'association peut exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à Mutex, 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex ou à l'organisme ayant recueilli son adhésion.

Fait à _____

Le _____

Je reconnais avoir pris connaissance du descriptif des garanties

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

Le contrat est coassuré par Mutex, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi MCD Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane, organismes présentés dans les Conditions Générales et la notice d'information. Les mutuelles coassureurs sont représentées par Mutex, qu'elles ont mandatée à cet effet en qualité d'apérateur.

Autorité de Contrôle : A.C.P.R. 61 rue Taitbout - 75009 PARIS



Société anonyme à directoire et conseil de surveillance,
au capital de 37 302 300 euros. Entreprise régie par le
Code des assurances – RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex





BULLETIN DE SOUSCRIPTION DE L'ENTREPRISE

Régime Frais de santé – Régime Général MSA

1 IDENTIFICATION ENTREPRISE

Raison sociale de l'entreprise :

Dénomination commerciale : Groupe :

Adresse du siège social :

Code postal : Ville :

Adresse de correspondance (si différente du siège social) :

Code postal : Ville :

Forme juridique : N° de SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | Code NAF : | | | | | |

Effectif salarié :

Identité du contact à privilégier pour la mutuelle :

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : Téléphone :

E-mail :

2) RÉGIME OBLIGATOIRE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE POUR L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

Je soussigné, Mme / M

agissant en qualité de _____ ayant pouvoir d'engager l'entreprise, atteste l'exactitude des renseignements fournis et demande à adhérer⁽¹⁾ au régime ci-dessous pour l'ensemble du personnel.

Date d'effet de l'adhésion :

3 BÉNÉFICIAIRES ET NIVEAU DE GARANTIES RETENUS

- BÉNÉFICIAIRES

- ☐ Couverture obligatoire du **SEUL SALARIÉ** ⁽²⁾
- ☐ Couverture obligatoire du **SALARIÉ ET DE SES AYANTS-DROIT**

• NIVEAU DE GARANTIES : **A** ⁽²⁾ ☐ **B** ⁽²⁾ ☐ **C** ⁽²⁾ ☐

(1) La souscription doit faire l'objet d'un acte de mise en place au sein de votre entreprise (DUE, accord référendaire ou collectif).

(2) Le salarié aura la possibilité de souscrire, à titre individuel et facultatif, à l'extension des garanties à ses ayants droit et/ou à une amélioration des garanties.

4 COTISATIONS mensuelles – Régime OBLIGATOIRE

		A	B	C
Salarié seul ☐		28,60 €	36,70 €	53,90 €
	☐ Tarif unique Famille	52,30 €	64,30 €	89,90 €
Salarié et ses ayants-droit	☐ Isolé	28,60 €	36,70 €	53,90 €
	☐ Famille	69,70 €	91,80 €	127,40 €
	☐ Salarié	28,60 €	36,70 €	53,90 €
	☐ Conjoint	30,00 €	36,70 €	53,90 €
	Enfant	17,30 €	23,80 €	30,70 €
	<i>(gratuité à compter du 3^{ème} enfant)</i>			

- La participation de l'employeur doit être au minimum de 50% de la cotisation.

5 FORMALITÉS

La présente demande d'adhésion doit être retournée auprès de la mutuelle, accompagnée d'un extrait K-bis de moins de 3 mois.

Dès réception, nous vous adresserons votre contrat d'adhésion (Conditions Générales et Conditions Particulières) et les bulletins individuels d'affiliation.

Au retour des Conditions Particulières régularisées, nous vous transmettrons les notices d'information destinées à vos salariés.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'entreprise peut demander communication et rectification de toute information la concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage des organismes assureurs et gestionnaires. L'association peut exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à Mutex, 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex ou à l'organisme ayant recueilli son adhésion.

Fait à _____

Le _____

Je reconnais avoir pris connaissance du descriptif des garanties

Signature du représentant légal de l'entreprise :

Cachet de l'entreprise

Le contrat est coassuré par Mutex, Adréa Mutuelle, Apréva, Eovi MCD Mutuelle, Harmonie Mutuelle, Mutuelle Ociane, organismes présentés dans les Conditions Générales et la notice d'information. Les mutuelles coassureurs sont représentées par Mutex, qu'elles ont mandatée à cet effet en qualité d'apériteur.

Autorité de Contrôle : A.C.P.R. 61 rue Taitbout - 75009 PARIS



Société anonyme à directoire et conseil de surveillance,
au capital de 37 302 300 euros. Entreprise régie par le
Code des assurances – RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 125, avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex



MODALITÉS DE PAIEMENT ENTREPRISES

Raison sociale de l'entreprise :	N° contrat : CT
---	------------------------

■ Signataire

Nom : Prénom : Fonction :

■ Cotisations

Je demande que ma cotisation soit prélevée (en date du 5) :

☐ au mois ☐ au trimestre ☐ au semestre ☐ à l'année

(Chaque prélèvement doit être égal ou supérieur à 5 €)

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez d'une part **Ociane** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et, d'autre part, votre banque à débiter conformément aux instructions d'**Ociane**. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous passez avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée soit dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé soit sans tarder au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Le présent mandat est valable jusqu'à l'annulation de votre part auprès de **Ociane**.

Coordonnées du débiteur	Coordonnées du créancier
Nom : Prénom : Adresse :	Ociane 8 terrasse du Front du Médoc 33054 Bordeaux Cedex ICS : FR95ZZZ460311
Compte à débiter	Établissement teneur du compte à débiter
IBAN : Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	Nom : Adresse :
BIC : Code international d'identification de votre banque - BIC (Business Identifier Code)	
Zone réservée à Ociane RUM (Référence Unique de Mandat)	Date : / / Signature :
IMPORTANT : datez, signez ce document et joignez votre Relevé d'Identité Bancaire	