

Principe

Le contrat modulaire s'inscrit dans une démarche de proposition de service adapté à chacun : la responsabilisation des adhérents tout en maintenant le principe de mutualisation cher à la MSAé.

Le contrat modulaire se compose :

- ✓ d'un ensemble complet d'actes appelé «contrat de base». C'est le niveau minimum de souscription.
- ✓ de quatre modules : Médecine de ville, Dentaire et Optique, Hospitalisation, contributions diverses.

Chaque module est subdivisé en 3 options avec des niveaux de couverture de plus en plus importants. Par souci de simplification, nous avons donné pour chaque niveau le total de prise en compte SS+Contrat+Option.

Chaque adhérent peut, en fonction de ses besoins, souscrire un ou plusieurs modules complémentaires et dans chaque module un seul niveau optionnel. A chaque option est associée une cotisation du même type que le contrat de base.

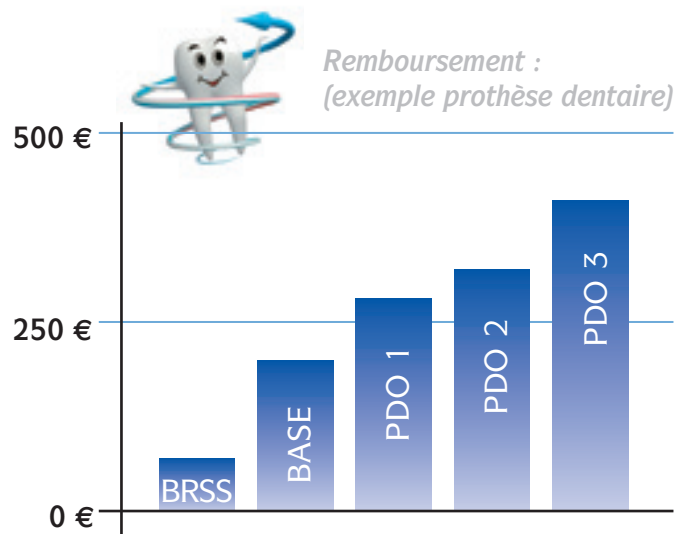
Exemples

Cotisation :

pour une famille d'1 couple (18 à 61 ans), dont l'adhérent ACTIF a souscrit aux modules :

Prestation «Ville» option 2.

- Contrat de base 100,96 €
- Prestation «Ville» option 2 10,96 €
- Cotisation totale mensuelle 111,92 €



Application

Pour le règlement des prestations, les règles de gestion applicables au contrat de base s'appliquent aux options complémentaires souscrites. A ce titre :

Si vous avez opté pour une gestion NOEMIE des décomptes de la Sécurité Sociale, les Options suivent le même mode de fonctionnement.

Les documents justifiant des dépenses de santé transmis pour le contrat de base, s'appliquent pour les options.

La souscription à une option ou plusieurs options ne peut être inférieure à 2 ans.

La souscription à une option supérieure peut s'effectuer à tout moment.

La souscription à une option inférieure ou la radiation ne peut être acceptée qu'après une période de 2 ans dans l'option, elle interviendra en fin d'année civile.

Cotisations modulaire (limité à 4 personnes)

	base Contrat 201	Options Médecine de ville			Options Dentaire / Optique			Options Hospitalisation			Options contributions diverses		
		PV1	PV2	PV3	PDO1	PDO2	PDO3	PH1	PH2	PH3	PA1	PA2	PA3
1 Enfant moins de 18 ans	23,96€	2,45 €	3,30 €	4,83 €	2,96 €	6,45 €	11,37 €	1,61 €	2,17 €	3,30 €	1,03 €	1,65 €	2,47 €
1 Adulte (18 à 61 ans)	50,48€	4,05 €	5,48 €	7,10 €	5,27 €	10,16 €	18,98 €	1,66 €	2,40 €	5,07 €	1,14 €	2,35 €	4,14 €
1 Adulte 62 ans à 67 ans	62,28€	4,18 €	5,75 €	7,50 €	5,32 €	10,24 €	21,50 €	1,73 €	3,11 €	5,66 €	2,92 €	5,30 €	11,04 €
1 Adulte de 68 ans et plus	81,20€	4,77 €	6,35 €	8,16 €	6,80 €	11,05 €	23,60 €	2,33 €	3,80 €	5,97 €	3,66 €	8,45 €	17,48 €

Tarifs 2019 *Le Modulaire*

Prestations

Parcours de soins

Remb.
A.M.O.*

TOTAL A.M.O.* + MUTUELLE

Cont de base

PV1 Cont 251

PV2 Cont 252

PV3 Cont 253

Médecine de ville

Consultations, Visites actes techniques médicaux, actes d'imagerie

Par médecin signataire OPTAM***	70%	100%	120%	130%	140%
Par médecin non signataire OPTAM***	70%	100%	100%	110%	120%
Actes de radiologie	70%	100%	120%	130%	140%
Biologie médicale	60%	100%	120%	130%	140%
Auxiliaires Médicaux	60%	100%	120%	130%	140%
Pharmacie	15%/30%/70%	100%	100%	100%	100%
Pansements et Accessoires	70%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie prescrite non remboursée par l'AMO* (3) (par famille)		0%	20% FR (maxi 30 €)	30% FR (maxi 40 €)	40% FR (maxi 100 €)

Dentaire et Optique

Remboursable par l'AMO*

		Cont de base	PDO1 Cont 271	PDO2 Cont 272	PDO3 Cont 273
Soins Dentaires	70%	100%	100%	100%	150%
Prothèses Dentaires INLAY/ONLAY (2)	70%	200%	260%	320%	380%
Orthodontie	100%	180%	200%	220%	240%
Prothèses dentaires refusées			150% BRR	180% BRR	200% BRR
Orthodontie non acceptée (équivalent du TO90 par période de 6 mois)				80% BRR	150% BRR
Implantologie	0%				380 €/an/bénéf.
Équipement optique (monture & verres pris en charge par l'AMO*) (c)	60%	100%	100%	100%	100%
Le ticket modérateur est inclus dans le forfait équipement (a)					
Équipement verres simples et monture (b)		115 €	185 €	190 €	245 €
Équipement verres complexes ou très complexes et monture (b)		200 €	240 €	280 €	400 €
Dont forfait monture limité à		60 €	80 €	90 €	150 €
Lentilles prescrites prises en charge par l'AMO* (2)	60%	110 €	110 €	130 €	190 €
Lentilles prescrites non prises en charge par l'AMO* (2)	0%		110 €	130 €	190 €

Petit appareillage (2)	60%	110%	145%	180%	285%
Prothèses auditives (2 appareils/an/bénéf) (2)	60%	100%	100% + 80 €	100% + 150 €	100% + 700 €

Hospitalisation médicale ou chirurgicale

		Cont de base	PH1 Cont 281	PH2 Cont 282	PH3 Cont 283
Frais de séjour en établis. public ou privé (anesthésie, chirurgie, obstétrique)	80%	100%	100%	100%	100%
Soins externes	70%	100%	100%	100%	100%
Hono., actes chirurgie, anesthésie, pour un médecin signat. OPTAM***	80%	100%	130% BRSS	150% BRSS	270% BRSS
Hono., actes chirurgie, anesthésie, pour un médecin non signat. OPTAM***	80%	100%	110% BRSS	120% BRSS	200% BRSS
Chambre particulière médicale, chirurgicale (illimité)		48 €/J	48 €/J	54 €/J	64 €/J
Hospitalisation en maisons spécialisées (limite 30 jours/an/bénéf)	80%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière maisons spécialisées, psychiatrie (limite 30 j/an/bénéf) (10)		43 €	44 €	53 €	60 €
Frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans	0%	29 €	29 €	37 €	46 €
Participation forfaitaire sur les actes techniques lourds	0%	oui	oui	oui	oui
Forfait journalier hospitalier illimité (sauf E.M.S.****) (3)	0%	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait journalier maisons spécialisées (3)	0%	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Transport accepté par l'AMO*	65%	100%	100%	100%	100%

Contributions diverses

		Cont de base	PA1 Cont 291	PA2 Cont 292	PA3 Cont 293
Contribution exceptionnelle		Sur décision du conseil	Sur décision du conseil	Sur décision du conseil	Sur décision du conseil
Contribution enfant handicapé (4)		230 €	230 €	230 €	230 €
Indemnité frais d'obsèques (5)		120 €	150 €	460 €	1100 €
Médecine douce (par famille) (8)			3 séances à 30 €	3 séances à 40 €	4 séances à 40 €
Contribution mariage			150 €	230 €	300 €
Contribution naissance (si l'enfant est inscrit dès sa naissance à la Mutuelle) (7)		100 €	100 €	150 €	300 €
Contribution cure thermique (9) (1 fois/an/bénéf)			80 €	150 €	180 €

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES EN POURCENTAGE DE LA BASE DE REMBOURSEMENT CONVENTIONNELLE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE*
LES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES NE PEUVENT CONDUIRE LE BÉNÉFICIAIRE À PERCEVOIR PLUS QUE LES FRAIS RÉELLEMENT ENGAGÉS.

Attention : pour les descriptions des renvois (a) à (c), (1) à (10) et *, il faut vous reporter en page 8