



Ma Commune Ma Santé



Adhésion
immédiate

► 05 64 10 00 48

souscription@associationactionm.com

Ligne ouverte du lundi
au vendredi de 9h à 18h.

Offre MIEL Mutuelle 2017/2018

Les + MIEL
Mutuelle

- **Une expérience** de plus de 110 ans dans la complémentaire santé
- **Un tiers payant** national auprès de 110 000 professionnels de santé conventionnés
- **Aucune sélection médicale**
- **Aucune avance de frais**
- Une **rapidité de remboursement**
- **Des Réseaux de soins Carte Blanche** en optique, dentaire, audioprothèse... pour limiter votre reste à charge (*incluant l'offre Carte Blanche - Prisme proposant un équipement sans reste à charge en optique**)
**Sous conditions de garanties*
- **Un espace personnel** et sécurisé accessible sur www.mielmut.fr permettant de consulter en temps réel vos remboursements, et de modifier vos garanties, et données personnelles
- **Des prestations accessibles sans délai de carence** (*hors garantie obsèques*)
- **Assistance MIEL Mutuelle Santé 24h/24h** (*Questions pratiques & juridiques, soutien psychologique & social, aide ménagère, garde d'enfants, rapatriement, livraison médicaments...*)



NOUVEAU

Evaluez vos garanties en quelques clics !

Retrouvez tous les détails de la solution santé mutualisée
sur notre **tarificateur en ligne**
En libre accès & sans engagement sur
macommunemasante.org



Les + produit

- **Éligible Loi Madelin** : contrat ouvert aux travailleurs indépendants
- **Pas de limite d'âge** à la souscription
- **Garantie Obsèques** : jusqu'à 2030 €
- **Avantage famille** : Gratuité dès le 3^{ème} enfant
- **Réduction tarifaire de 5%*** pour une adhésion avec 2 bénéficiaires (2 adultes / 1 adulte et 1 enfant)
**Sur le total HT, hors cotisation Actiom*



ACTIONM

Association loi 1901

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____ Commune : _____

PRESTATIONS	Régime DE BASE	NIVEAU 100%	NIVEAU 130%	NIVEAU 200%
	Remboursement Régime Obligatoire* (en % de la BR)	Remboursement TOTAL Régime Obligatoire inclus (en % de la BR)	Remboursement TOTAL Régime Obligatoire inclus (en % de la BR)	Remboursement TOTAL Régime Obligatoire inclus (en % de la BR)
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE				
Y compris Hospitalisation à domicile	80%	Oui	Oui	Oui
Y compris Maternité	80%	Oui	Oui	Oui
Médecins adhérents à un DPTM* : Honoraires (chirurgicaux / médicaux) (établissements conventionnés)	80%	100%	130%	200%
Médecins non liés à un DPTM : Honoraires (chirurgicaux / médicaux) (établissements conventionnés)	80%	100%	110%	180%
Frais de séjour (établissements conventionnés)	80%	100%	150%	200%
Établissements non conventionnés : (Honoraires chirurgicaux / médicaux - Frais de séjour) (Médecins adhérents à un DPTM ou non)	-	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	Néant	100%	100%	100%
Chambre particulière : médecine, chirurgie, maternité	Néant	Non	50€/jour	65€/jour
Chambre particulière : psychiatrie, autres**	Néant	Non	50€/jour	65€/jour
Frais d'accompagnant - Nuitée et repas (enfants de moins de 14 ans affiliés) (joindre justificatif)	Néant	Non	30€/jour	35€/jour
Frais de transport	65%	100%	100%	100%
Forfait de 18€ sur les actes médicaux > 120€	Néant	Inclus	Inclus	Inclus
MÉDECINE COURANTE				
Médecins adhérents à un DPTM* (Consultations et visites / actes techniques médicaux / actes de radiologie et d'échographie)	70%	100%	130%	200%
Médecins non adhérents à un DPTM*	70%	100%	110%	180%
Pharmacie (Service Médical Rendu) (SMR) majeur ou important (65%)	65%	100%	100%	100%
Pharmacie (Service Médical Rendu) (SMR) modéré (35%)	35%	100%	100%	100%
Pharmacie (Service Médical Rendu) (SMR) faible (15%)	15%	15%	100%	100%
Analyses médicales	60%	100%	130%	200%
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie, pédicurie-podologie)	60%	100%	130%	200%
OPTIQUE				
Un équipement optique tous les 2 ans (équipement : monture + 2 verres) (Cette période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de souscription du bénéficiaire. Par dérogation, cette période est réduite à 1 an pour les enfants de - 18 ans et les changements de vue.	-	Oui	Oui	Oui
Verre simple	Variable	40€ / verre	50€ / verre	75€ / verre
Verre Complexe	Variable	75€ / verre	90€ / verre	100€ / verre
Verre Très Complexe	Variable	75€ / verre	90€ / verre	100€ / verre
Monture	Variable	50€	70€	100€
Lentilles (forfait /an et /pers.)	60%	100% + 50€ sauf lentilles non prises en charge	100% + 80€	100% + 100€
Chirurgie de l'œil (forfait / oeil /an et /pers.)	Néant	Non	100€	150€
DENTAIRE				
Soins dentaires	70%	100%	100%	100%
Inlay - Onlay	70%	100%	150%	200%
Orthodontie prise en charge par le RO	70%	150%	200%	300%
Plafond (PROTHÈSE DENTAIRE, IMPLANT, PARODONTOLOGIE (forfait /an et /pers.) au-delà de 100% BR	-	500€	800€	1 000€
Prothèses dentaires prises en charge (par le RO)	70%	150%	200%	300%
Actes dentaires non pris en charge : Prothèses dentaires (sauf prothèse provisoire et élément intermédiaire), implants (pilier et racine, parodontologie) (forfait /an et /pers.)	Néant	Non	300€	400 €
ORTHOPÉDIE ET APPAREILLAGES				
Appareillage auditif	60%	100%	150%	200%
Orthopédie et appareillage	60%	100%	150%	200%
PRIME NAISSANCE / ALLOCATION				
Allocation accordée par la Mutuelle (le nouveau né ou l'enfant adopté doit être affilié à MIEL Mutuelle lors de la demande de cette allocation) (extrait d'acte de naissance ou du certificat d'adoption indispensable)	Néant	100 €	150 €	190 €
BIEN-ÊTRE / PRÉVENTION				
Cure thermale prise en charge par le RO : soins (joindre facture des thermes et décompte RO)	70%	100%	100%	100%
Cure thermale prise en charge par le RO : forfait (transport et hébergement) (joindre les justificatifs)	65%	Non	150 €	200 €
Médecine douce (Ostéopathie, Acupuncture, Chiropractie, Podologie) (forfait /an et /pers.) (joindre facture originale nominative)	Néant	Non	2 séances à 30€	3 séances à 30€
GARANTIE ASSISTANCE				
Assistance santé		Incluse	Incluse	Incluse
GARANTIE OBSÈQUES				
Allocation obsèques affiliés de plus 12 ans (Délai de carence de 12 mois)		Non	2 030€	2 030€
*Pour les médecins non conventionnés : (la BR correspond au Tarif d'autorité)		Oui	Oui	Oui
Tarif mensuel				

*DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée regroupant les dispositifs (CAS, OPTAM et OPTAM-CO)

** Séjour en rééducation fonctionnelle ou motrice, en maison de repos et centre de convalescence, limités à 90 jours /an

Pour connaître le détail des prestations, consulter les conditions générales, les statuts et leur règlement mutualiste sur le site : www.macommunemasante.org.

Les taux et les remboursements forfaitaires incluent les remboursements de MIEL Mutuelle et, sauf pour l'optique, ceux de votre Régime Obligatoire (RO : Sécurité sociale, MSA...). Les plafonds intègrent uniquement les remboursements de MIEL Mutuelle. Les pourcentages de remboursement sont calculés sur la base des remboursements (BR) de votre Régime Obligatoire. Le versement des prestations est effectué sous réserve des conditions légales et réglementaires relatives au Contrat Responsable. Les dépassements d'honoraires hors parcours de soins ne sont pas pris en charge en secteurs 1 et 2.

Le montant total du remboursement des prestations par le RO et vos organismes complémentaires ne peut excéder les frais réels (FR) engagés.

Miel Mutuelle - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle fondée le 15 Février 1905 - Numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles 776 398 786 - N° SIRET 776 398 786 00025 - CCPC LYON 1067 - 62U