

Complémentaire Santé



MCCI Proévidence

Artisans, Commerçants et Professions libérales

ASAF & AFPS en partenariat avec



MCCI Proévidence

Le contrat Santé ASAF & AFPS **destiné aux professions indépendantes**, conçu **en partenariat avec la MCCI** (Mutuelle des Chambres de Commerce et d'Industrie).

LE CONTRAT SANTÉ

La **complémentaire Santé MCCI Proévidence** est adaptée à tous les **travailleurs non salariés** quels que soient leur âge et leur composition familiale. Les garanties sont performantes et les services répondent aux besoins d'efficacité et de confort des indépendants.

CONFORME
AU 100% SANTÉ

- ✓ Souscription jusqu'à 70 ans et **prestations viagères**
- ✓ **7 niveaux de garanties** au choix de 125 % à 500 % sur les honoraires DPTAM en hospitalisation
- ✓ **Déductibilité loi Madelin** pour les assurés affiliés au régime TNS
- ✓ **Des Services + inclus sans supplément :**
Téléconsultation, Itelis, Hospiway, My Easy Santé et Angel



Les Points Forts



Des remboursements élevés sur les honoraires hospitaliers

Chambre particulière **jusqu'à 140 €/jour**
Confort hospitalier



Médecine Douce : forfait **jusqu'à 250 €**
Cure thermique : forfait **jusqu'à 500 €**



Transport médical prescrit non remboursé par le RO



Prothèses dentaires : **jusqu'à 500 %**

Orthodontie : **jusqu'à 500 %**

Actes dentaires non remboursés par le RO : forfait **jusqu'à 800 €**



Optique : forfait **jusqu'à 700 €**

Prise en charge du traitement de la DMLA



Un fonds d'entraide pour les assurés

*Des prestations Santé renforcées
à adapter à vos attentes
et déductibles Madelin*

LA SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La **surcomplémentaire MCCI Proévidence** vient renforcer les garanties sur les postes les plus coûteux, Optique, Dentaire ou d'éventuels dépassements d'honoraires, pour maîtriser votre budget.

2 GARANTIES
AU CHOIX

- ✓ **Meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires chirurgicaux et soins courants** chez les praticiens ne respectant pas le DPTAM
- ✓ **Améliore le confort en cas d'hospitalisation**
- ✓ **Renforce les garanties sur les postes Optique et Dentaire** non pris en charge par la Sécurité sociale

Des Services d'Assistance

Inclus dès l'adhésion, sans frais supplémentaire

De nombreuses prestations en cas d'hospitalisation prévue ou imprévue supérieure à 24h

- aide-ménagère,
- garde des enfants et petits-enfants,
- garde des animaux...

Des avantages tarifaires

- 10 % de réduction en cas d'adhésion Couple
- Gratuité à partir du 3^{ème} enfant
- Jusqu'à 15 % de réduction en cas de souscription avec un contrat de prévoyance professionnelle ASAF & AFPS

MCCI PROÉVIDENCE

Ils sont versés selon les modalités définies dans la Notice d'information et dans le respect du cahier des charges du contrat responsable (art. L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

HOSPITALISATION	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
Honoraires** médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux DPTAM (1)	125 % BR	150 % BR	175 % BR	225 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Honoraires** médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux NON DPTAM (1)	105 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % BR			
Forfait Journalier (2)	Frais réels						
Frais de séjour en établissements conventionnés (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels						
Forfait patient urgences	Frais réels						
Frais de séjour en établissements non conventionnés	100 % BR						
Chambre particulière (par jour), y compris en ambulatoire (3)	30 €	45 €	60 €	80 €	95 €	115 €	140 €
Frais d'accompagnant (lit et repas, par jour) dans la limite de 30 jours par an	15 €			30 €			45 €
Forfait maternité	100 €	100 €	150 €	200 €	250 €		

** Hospitalisation en établissements conventionnés et non conventionnés en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique), psychiatrie et SSR. Exclusion en long séjour.

SOINS DE VILLE	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●●●
HONORAIRES MÉDICAUX, PARAMÉDICAUX, ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE							
Consultation et visite de généraliste, spécialiste, radiologie, acte technique pratiqué en cabinet DPTAM	100 % BR	130 % BR	150 % BR	225 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Consultation et visite de généraliste, spécialiste, radiologie, acte technique pratiqué en cabinet NON DPTAM	100 % BR	110 % BR	130 % BR	200 % BR			
TÉLÉCONSULTATION	Consultation de médecine générale ou spécialiste par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, sans surcoût depuis la France au 36 33 CF. CGU TÉLÉCONSULTATION						
Soins paramédicaux, laboratoires et auxiliaires médicaux (4)	100 % BR	110 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR		
MÉDICAMENTS							
Médicaments à service médical rendu majeur	100 % BR						
Médicaments à service médical rendu modéré							
Médicaments à service médical rendu faible							
Frais pharmaceutiques prescrits (y compris produits liés au sevrage tabagique et à la contraception) non remboursés par le RO	15 €/an	20 €/an	25 €/an	30 €/an	40 €/an		80 €/an
Vaccins prescrits non remboursés	Frais réels						
MATÉRIEL MÉDICAL							
Tout matériel médical pris en charge par le RO autre que les prothèses auditives, dentaires ou implants intra cornéens	100 % BR	130 % BR	150 % BR	225 % BR	250 % BR		
Tout matériel médical prescrit non pris en charge par le RO autre que les prothèses auditives, dentaires ou implants intra cornéens	40 €/an	100 €/an				250 €/an	
TRANSPORT							
Transport pris en charge par le RO	100 % BR						

OPTIQUE (5)	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
ÉQUIPEMENT 100 % SANTÉ ♦							
Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Remboursement intégral						
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)							
Prestation d'appairage							
Supplément pour verres avec filtre							
ÉQUIPEMENT PANIER LIBRE							
1 équipement 2 verres simples de classe B + monture de classe B	100 €	150 €	300 €	350 €	400 €	420 €	420 €
1 équipement avec un verre simple et un verre complexe ou très complexe + monture de classe B	150 €	300 €	400 €	450 €	500 €	560 €	560 €
1 équipement avec un verre complexe et un verre très complexe ou deux verres complexes ou deux verres très complexes + monture de classe B	200 €	300 €	400 €	450 €	500 €	600 €	700 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (par an)	50 €	100 €	150 €	200 €	300 €		
Chirurgie réfractive de l'œil et implant intra cornéen (par œil)	-	-	300 €	400 €	500 €		

ACTES DENTAIRES	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
Soins et prothèses 100% Santé ♦	Remboursement intégral						
Soins dentaires hors 100% Santé	100 % BR		150 % BR	225 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
PROTHÈSES DENTAIRES PANIERS MODÉRÉS ♦ ET LIBRES							
Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés / libres	125 % BR	150 % BR	200 % BR	275 % BR	350 % BR	450 % BR	500 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% Santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés / libres	125 % BR	150 % BR	200 % BR	275 % BR	350 % BR	450 % BR	500 % BR
			Plafond dentaire (6) sur les prothèses, en année d'adhésion hors soins dentaires et panier 100% Santé et orthodontie sur les niveaux Agilité à Liberté 1 ^{ère} à 3 ^{ème} année d'adhésion : 2 000 € A partir de la 4 ^{ème} année : 3 000 €				
Orthodontie prise en charge par le RO / Gouttière occlusale	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR	500 % BR
Forfait par an et par bénéficiaire pour les actes de parodontologie et implants dentaires non remboursés par le RO (7)	200 €	250 €	300 €	400 €	500 €	700 € (8)	800 € (8)

AIDES AUDITIVES (9)		TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ ♦								
Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé (classe I à prise en charge renforcée)		Remboursement intégral						
AIDES AUDITIVES HORS PANIERS DE SOINS 100% SANTÉ								
Appareil de classe II à prix libres dans la limite des plafonds du contrat responsable (par oreille)	Personne de moins de 20 ans ou atteinte de cécité	1 400 € - MR						
	Personne de plus de 20 ans	100 % BR +100 €	100 % BR +250 €	100 % BR +300 €	100 % BR +600 €	100 % BR +700 €	100 % BR +800 €	
Consommables et accessoires (piles, embout.....) pris en charge par le RO		100 % BR						

PRÉVENTION (10)	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
Médecine douce : acupuncteur, diététicien, homéopathe, nutritionniste, psychologue, psychomotricien, sophrologue, réflexologue, phytothérapeute, naturopathe, mésothérapeute, hypnotiseur, chiropracteur, ostéopathe, étio-pathe, micro-kinésithérapeute, pédicure, podologue, ergothérapeute	30 €/séance		35 € /séance	40 € /séance	45 € /séance	50 €/séance	
	dans la limite de 5 séances par an						
Activité physique adaptée aux affections définies par l'article D1172-2 du Code de la Santé publique, sur prescription du médecin traitant, dans la limite globale par année civile et par bénéficiaire	–	90 €	150 €	200 €	250 €		
Tous les actes de prévention prévus par le décret	100 % BR						

CURE THERMALE	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
Soins thermaux : forfait thermal, surveillance thermale, frais d'hébergement et transport pris en charge par le RO	100 % BR						
Hébergement et transport par an et par bénéficiaire	–	–	150 €	200 €	250 €	300 €	500 €

SERVICES (11)	TRANQUILLITÉ ●	SÉCURITÉ ●●	AGILITÉ ●●●	FLEXIBILITÉ ●●●●	CONFORT ●●●●●	SÉRÉNITÉ ●●●●●●	LIBERTÉ ●●●●●●●
ASSISTANCE	voir Conditions Générales d'Utilisation						
AIDE AUX AIDANTS							
ANGEL							
HOSPIWAY							
Fonds d'entraide	Le fonds d'entraide sert à attribuer des aides et des secours liés à des dépenses de santé. Ces aides sont attribuées après examen de chaque cas particulier. Ces aides sont apportées sous forme de dons. Le règlement intérieur ainsi que les modalités de demandes d'aide sont consultables sur le site de la MCCI : www.mcci.fr .						

Délais d'attente :

- Honoraires médicaux ou chirurgicaux lors d'une hospitalisation : pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties, les remboursements sont effectués à hauteur de 100% BR (sauf en cas d'accident ou en cas de reprise à la concurrence : dans ce cas, le taux entier est appliqué).
- Actes de parodontologie et implants dentaires non remboursés par le RO : un délai d'attente de 6 mois inabrogeable est appliqué sur les niveaux Sérénité et Liberté.

LEXIQUE

RO : Régime Obligatoire - **BR** : Base de Remboursement Régime Obligatoire - **Rbt intégral** : Remboursement intégral - **DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - **CAS** : Contrat d'Accès aux Soins - **MR** : montant remboursé par la Sécurité sociale - **OPTAM / OPTAM - CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral ou une spécialité de gynécologie obstétrique) - **PLV** : Prix Limite de Vente

Tous les remboursements au titre de la surcomplémentaire interviennent en complément du régime obligatoire français et de la complémentaire MCCI PROEVIDENCE de l'assuré, dans les limites du montant des garanties choisies à la souscription de la surcomplémentaire et des frais justifiés réellement engagés.

2 garanties non responsables au choix : Evidencys 1 et Evidencys 2

	EVIDENCYS 1	EVIDENCYS 2
HOSPITALISATION (1) - SOINS DE VILLE		
Honoraires des praticiens NON DPTAM (1)	+100 % BR	+200 % BR
Télévision, Téléphone, WIFI (1)	7 €/jour, 30 jours par an puis 60 jours par an à compter de la 3 ^{ème} année	10 €/jour, 30 jours par an puis 60 jours par an à compter de la 3 ^{ème} année
RENFORT PRÉVENTION		
Thalassothérapie prescrite (2)	50 €/an	100 €/an
Transport prescrit non remboursé par le RO		
Traitement injectable prescrit remboursé ou non par le RO, supplément pour acte technique prescrit remboursé ou non par le RO		
RENFORT DENTAIRE OPTIQUE		
Chirurgie réfractive de l'œil et implant intra cornéen (par œil et par an)	+100 €/an	+200 €/an
Actes de parodontologie et implants dentaires non remboursés par le RO (1)	+100 €/an	+200 €/an

(1) Les remboursements des dépassements d'honoraires des praticiens non DPTAM en hospitalisation sont effectués à hauteur de 100% pendant les 6 premiers mois (sauf en cas d'accident ou en cas de reprise à la concurrence : dans ce cas, le taux entier est appliqué). Les frais de télévision, téléphone, wifi ainsi que les actes de parodontologie et implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale sont soumis à un délai d'attente de 6 mois qui ne peut pas être abrogé.

(2) La thalassothérapie doit durer au moins 6 jours.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, en forfait en Euro ou en une combinaison des deux. Ils intègrent les remboursements du régime obligatoire (les forfaits et les limites exprimés en Euro s'entendent par assuré et par année civile sauf indication spécifique, les forfaits ne sont pas reportables d'une année sur l'autre). Seuls les frais, qui ont préalablement donné lieu à un remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie français, sont pris en charge (sauf lorsque cela est explicitement mentionné dans le tableau de garanties).

Le total des remboursements perçu par l'Assuré ne peut en aucun cas dépasser les frais réels engagés. Les prestations détaillées dans le tableau ci-dessus s'entendent, dans tous les cas, selon les clauses et conditions du contrat. Conformément à la réglementation, la participation forfaitaire, les franchises sur les médicaments, sur les actes effectués par un auxiliaire médical et sur les transports, ainsi que la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.

Bénéficiez au quotidien de vos

SERVICES  SANTÉ



L'accompagnement
médical de tous
les instants

itelis

La qualité au meilleur
prix grâce aux réseaux
de soins ITELIS



Un allié bien-être
et vitalité pour rester
en forme



Le service pour préparer
son hospitalisation en
toute sérénité



L'équipe Angel répond
à toutes vos interrogations
d'ordre médical ou social

Des avantages gratuits pour + de sérénité au quotidien !

Légende

(1) Honoraires médicaux ou chirurgicaux lors d'une hospitalisation : pendant les 3 premiers mois suivant la date de début des garanties les remboursements sont effectués à hauteur de 100 % BR (sauf en cas d'accident ou en cas de reprise à la concurrence : dans ce cas, le taux entier est appliqué).

(2) Forfait journalier hospitalier illimité : exclu en établissements EHPAD et MAS.

(3) Chambre particulière limitée à 30 jours en séjour spécialisé (repos, rééducation (y compris les séjours contribuant à la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie), la convalescence, la gériatrie, la neuropsychiatrie, la psychiatrie, la diététique, quel que soit l'établissement ainsi que les séjours en maison d'enfants à caractère sanitaire et social).

(4) Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale.

(5) Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier «100% Santé») sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'actes. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) sont pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019. Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé**

prévu à l'article L.65-1 du Code de la Sécurité sociale),
- par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.

Le point de départ pour le renouvellement est la date du 1er équipement.

****Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie sur chaque œil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre)**

Classe A : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30€. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle) Classe B : correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100€. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds

Verre Simple :

- verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Verre complexe :

- verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure ou égale à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

Verre très complexe :

- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre multifocal ou progressif sphéro cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Dans le cas d'un panachage entre équipements 100% Santé et équipements Panier libre, les équipements 100% Santé sont remboursés à hauteur des frais réels dans la limite des prix définis par la réglementation. Le remboursement des équipements à tarifs libres est diminué de celui accordé pour les équipements 100% Santé par le régime obligatoire et le régime complémentaire. Les forfaits en € intègrent les remboursements du régime obligatoire.

(6) Seul le ticket modérateur est pris en charge au-delà de cette limite.

(7) Ce forfait ne peut pas être utilisé pour des soins ne figurant pas dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Implantologie : remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien-dentiste détaillant les frais et stipulant que les soins ont été effectués en France métropolitaine.

Parodontologie : le poste parodontologie concerne les actes suivants : curetage / surfaçage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire et greffe osseuse à l'exclusion de tout autre acte.

(8) Un délai d'attente de 6 mois inabrogeable est appliqué sur les niveaux SÉRÉNITÉ et LIBERTÉ.

(9) Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% Santé") seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'actes. Les équipements ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 (1 700 € par oreille quel que soit l'âge du bénéficiaire). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.

(10) Justificatif à adresser : l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADEL, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien (ou le numéro SIRET s'il s'agit d'une profession sans n° ADEL).

(11) Se reporter aux conditions des garanties Assistance.

◆ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et plafonds du contrat responsable.

CONTRAT RESPONSABLE 2022 : Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables. La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations. Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle. Depuis le 1er janvier 2022, le forfait patient urgences facturé pour les passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation est pris en charge par la mutuelle. Le ticket modérateur est intégralement pris en charge par la mutuelle selon les conditions du contrat responsable, y compris pour les actes supérieurs à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans). Les conditions d'accès au dispositif MonPsy sont disponibles sur le site : <https://monpsy.sante.gouv.fr/>



**Votre Espace Adhérent
sur asaf-afps.fr**

Un espace numérique, simple et sécurisé,
pensé pour vous faciliter la vie !



Cachet de votre Courtier Conseil



DUBUT ASSURANCES
(Orias 22004315)



ASAF & AFPS

Associations souscriptrices de contrat d'assurance de groupe (Loi 1901) : **Association Santé et Action Familiale** - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00043 - n°orias : 11 059 106 (www.orias.fr) - **Action Familiale de Prévoyance Sociale** - Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00045 - n°orias : 11 059 104 (www.orias.fr) - Sièges sociaux : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT - **Mutuelle MCCI** (Mutuelle des Chambres de Commerce et d'Industrie) - Porteur du risque «Frais de santé» - siège social : 26, rue Fortuny - 75017 PARIS - Immatriculée au Répertoire Sirene sous le N° SIREN 784 718 355 - Autorité chargée de son contrôle: l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située : 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 - **INTER PARTNER ASSISTANCE** (AXA Assistance), SA de droit Belge au capital de 130 702 613 € - Siège social : Boulevard du Régent 7 - 1000 Bruxelles - Entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Belgique (0487) immatriculée au RPM Bruxelles sous le n°415 591 055, **prise au travers de sa succursale française** immatriculée au RCS NANTERRE sous le n° 316 139 500 et située 6 rue André Gide 92320 Châtillon. IPA intervient sous la marque AXA Assistance - **Centre de Gestion : GIEPS (pour ASAF & AFPS)** - Groupement d'Intérêt économique (ordonnance n°67-821) de Prévoyance Sociale - 950 012 997 RCS ANTIBES - Siège social : Les Templiers - 950 Route des Colles - 06410 BIOT.