



RÈGLEMENT MUTUALISTE

SOMMAIRE

ΣΟΜΜΑΙΒΕ

Article 1 ^{er} . Objet du règlement mutualiste	Page 4
Article 2. Adhésion	Page 4
Article 3. Cotisations	Page 6
Article 4. Prestations accordées par la mutuelle	Page 7
Article 5. Subrogation	Page 13
Article 6. Organisme de contrôle	Page 13
ANNEXES	Page 15
- COTISATIONS	
- EXPOSÉ DES GARANTIES	
- GRILLE OPTIQUE	

Article 1^{er}. Objet du règlement mutualiste

Le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels qui existent entre chaque membre et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Il est adopté par l'Assemblée générale, sur la proposition du Conseil d'administration.

Article 2. Adhésion

2.1. Catégories de membres

La mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires tels que définis à l'article 7 des Statuts.

2.2. Bulletin d'adhésion et autres documents

Le bulletin d'adhésion mentionne les garanties souscrites par le membre de la mutuelle tant pour son compte que pour celui de ses ayants droit.

Lors de son adhésion, il reçoit outre les statuts, le présent règlement mutualiste et l'exposé des garanties souscrites.

2.3. Droits d'admission

En adhérant à la mutuelle, les membres participants versent un droit d'admission fixé au douzième du montant de leur cotisation annuelle.

Cette somme est versée immédiatement après l'admission avec la première cotisation ; son paiement peut toutefois être répartie en mensualités qui seront versées dans le courant de la première année.

Le droit d'admission n'est pas dû quand il s'agit d'une adhésion intervenant dans les trois mois d'une mutation d'un autre organisme mutualiste donnant des avantages similaires ; dans ce cas, l'adhérent fournira un certificat de radiation.

2.4. Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion complété et signé par le membre, comportant le cas échéant la désignation des ayants droits, et accompagné du règlement de la première cotisation.

L'adhésion du membre participant est conclue pour une durée venant à échéance le 31 décembre suivant la signature du bulletin d'adhésion; elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation de l'adhésion par le membre participant dans le respect du délai de préavis et des formes définis à l'article 2.5 du présent règlement.

2.5. Cessation de l'adhésion

L'adhésion prend fin dans les cas suivants :

- démission signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance du 31 décembre ;
- démission pour survenance d'un des événements visés à l'article 9 alinéa 2 et suivants des statuts ;
- radiation par la mutuelle en application des articles 10 et 11 des statuts ;
- non-paiement des cotisations ;
- en cas de décès du membre participant.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

2.6. Service National

Les membres de la mutuelle sont dispensés, sauf demande de leur part, du paiement de leurs cotisations durant les périodes d'activité du service national.

De ce fait, ils ne peuvent prétendre, sauf disposition contraire des statuts ou des règlements, aux avantages accordés par la mutuelle. Ils en bénéficient de plein droit, sans obligation de stage ni droit d'entrée, dès la fin de leur service national dès lors qu'à partir de cette date ils s'acquittent des obligations qui leur incombent.

Article 3. Cotisations

3.1. Détermination du montant des cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle. Cette cotisation est forfaitaire ; elle est individuelle ou familiale.

A ces cotisations peuvent s'ajouter les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou les règlements de ces organismes.

Le montant des cotisations de toutes les catégories de membres participants est fixé chaque année par la mutuelle.

Le montant des cotisations figure dans l'exposé des garanties souscrites.

3.2. Mesures d'urgence

Si la cotisation est insuffisante pour assurer l'équilibre des opérations, le Conseil d'administration de la MAOS peut décider le relèvement immédiat du montant des cotisations, ou procéder à un rappel de cotisations au titre de l'exercice considéré selon les dispositions prévues à l'article R 212-9 du Code de la mutualité. L'adhérent ne peut en aucun cas être tenu au-delà d'un maximum égal à une fois et demie le montant de la cotisation annuelle normale.

3.3. Participation des Comités d'Entreprises

Un Comité d'Entreprise peut participer au service des prestations assurées par la mutuelle, par le versement d'une contribution prévue soit par voie d'accord entre le Comité d'Entreprise et la mutuelle, soit par un engagement unilatérale du dit Comité.

3.4. Cotisations des membres honoraires

Les membres honoraires paient une cotisation dont le minimum est à la hauteur de la cotisation annuelle pour une personne seule.

3.5. Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance, elles peuvent être fractionnées :

- mensuellement : par prélèvement ou virement ou retenue sur le salaire ;
- trimestriellement, semestriellement par chèque, prélèvement ou virement, à l'ordre de la mutuelle.

Les frais bancaires liés à un rejet de prélèvement sur compte bancaire pour :

- provision insuffisante,
- compte clôturé
- opposition sur compte

sont à la charge du membre participant.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier sa garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 4. Prestations accordées par la mutuelle

4.1. Prise d'effet du droit à prestations

Les adhérents bénéficient des prestations de la mutuelle après un stage de six mois. Ce stage n'est pas applicable en cas d'adhésion intervenant dans les trois mois d'une mutation d'un autre organisme mutualiste donnant des avantages similaires ; dans ce cas, l'adhérent fournira un certificat de radiation.

La mutuelle ne prend pas en charge les frais de soins antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion, et n'octroie pas de prime « maternité » lorsque la naissance de l'enfant est survenue antérieurement à la prise d'effet du droit à prestations, ni de forfait « obsèques » lorsque le décès est survenu antérieurement à la prise d'effet du droit à prestations.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

4.2. Définition des prestations

Les prestations accordées par la mutuelle figurent dans l'exposé des garanties souscrites.

4.2.1. Limitation des remboursements

NE DONNENT PAS LIEU à REMBOURSEMENT :

- la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du Code de la Sécurité sociale,

- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant (*) du dépassement autorisé sur les actes cliniques, (*) ce montant minimum non pris en charge peut être plus élevé selon les garanties souscrites
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale.

4.2.2 Descriptif des prestations

Sauf dispositions contraires figurant dans l'exposé des garanties, les prestations sont décomptées sur la base de remboursement de la Sécurité sociale, et les actes non pris en charge par la Sécurité sociale ne sont pas remboursés par la mutuelle.

Les prestations peuvent être exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale ou en montant forfaitaire

Quel que soit le régime d'Assurance Maladie dont relève le membre participant, les prestations versées par la mutuelle sont toujours calculées à partir du régime général de la Sécurité sociale, sauf disposition différente prévue par la garantie.

I. HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, MATERNITÉ

Couverture à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale moins le remboursement de la sécurité sociale, avec Tiers Payant.

- Prise en charge du séjour accompagnant pour un enfant de moins de 13 ans (plafond 16 € par jour).
- Prise en charge des frais de chambre particulière par un forfait journalier (plafond 35 € par jour en OPTION 1 et OPTION 1 plus et 45 € par jour en OPTION 2). LIMITÉ à 60 JOURS par an et par bénéficiaire, illimitée en chirurgie.

Dans tous les cas, libre choix du praticien et de l'établissement hospitalier conventionné.

II. FRAIS MÉDICAUX

Consultations et visites Option 1 et option 1plus : Remboursement à 100% de la base du remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de la Sécurité sociale.

Consultations et visites en option 2 avec CAS (contrat d'accès aux soins) : 125 % de la base du remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de la Sécurité sociale.

Consultations et visites en option 2 sans CAS : 105 % de la base du remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de la Sécurité sociale.

Remboursement à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de la Sécurité sociale : actes d'imagerie et d'échographie, analyses, soins auxiliaires médicaux, actes techniques médicaux et la pharmacie* (PH7, PH4, PH2), cures thermales (avec ou sans placement, frais médicaux, paramédicaux, transport et hébergement), soins dentaires, frais de transport.

*Pour la pharmacie sur la base du TFR (tarif forfaitaire de responsabilité) de la Sécurité Sociale.

III. ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS

Prise en charge à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de la Sécurité sociale, jusqu'au 60^{ème} jour.

IV. PRIMES/ALLOCATIONS DIVERSES

A) NAISSANCE : allocation de 250 € lors de l'inscription de l'enfant sur le dossier mutuelle.

B) DÉCÈS (*) : allocation de 458 € par bénéficiaire RÉGULIÈREMENT INSCRIT (adhérent / conjoint / enfant à charge au sens de la Sécurité sociale) ;
Forfait de 1 525 € en cas de décès accidentel de l'adhérent.

(*) prestations servies au titre du contrat collectif souscrit par la mutuelle au profit de ses adhérents, auprès de AG2R Prévoyance - Institution de prévoyance complémentaire régie par le Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est sis à Grenoble 38100, 47, avenue Marie-Reynoard - organisme assureur.

V. FORFAIT HOSPITALIER

Remboursement intégral du forfait journalier dans le cadre de la législation et du tarif Sécurité sociale en vigueur, SANS LIMITATION de durée.

VI. OPTIQUE

Un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf mineurs ou évolution de la vue (période de 1 an). Remboursement en complément du remboursement Sécurité sociale : Cf grille optique en annexe

Option 1 et Option 1plus :

- Lentilles cornéennes, remboursées par la Sécurité sociale : forfait annuel de 110 € par bénéficiaire.
- Lentilles cornéennes, médicalement prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale : forfait de 50 € par an et par bénéficiaire.

Option 2 :

- Lentilles cornéennes, remboursées par la Sécurité sociale : 400% de la base du remboursement de la Sécurité sociale + 170 € (limité à la dépense)
- Lentilles cornéennes, médicalement prescrites non prise en charge par la Sécurité sociale : forfait de 100 € par an et par bénéficiaire.

VII. CHIRURGIE LASER MYOPIE

100 € par œil en OPTION 1 et OPTION 1 PLUS.

150 € par œil en OPTION 2.

VIII. PROTHÈSES MÉDICALES (OPTION 1, 1 PLUS ET 2)

Orthopédie, prothèses médicales : 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de la Sécurité sociale.

IX. PROTHÈSES AUDITIVES

OPTION 1 et OPTION 1 PLUS : forfait annuel de 200 € par bénéficiaire.

OPTION 2 : forfait annuel de 300 € par bénéficiaire.

X. PROTHÈSE CAPILLAIRE

Forfait annuel de 80 € par bénéficiaire.

XI. ORTHODONTIE

Si acceptation de la Sécurité sociale :

OPTION 1 et OPTION 1 PLUS : 160% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de la Sécurité sociale.

OPTION 2 : 200% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de la Sécurité sociale.

XII. PROTHÈSES DENTAIRES

OPTION 1 : remboursement (Sécurité sociale + mutuelle) à 130% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

OPTION 1 plus : remboursement (Sécurité sociale + mutuelle) à 180% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

OPTION 2 : remboursement (Sécurité sociale + mutuelle) à 300% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

XIII. IMPLANTS DENTAIRES

OPTION 2 : forfait annuel de 400 € par bénéficiaire.

XIV. ACTES DE PRÉVENTION

100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, moins le remboursement de la Sécurité sociale :

- détartrage annuel complet sus-et sous-gingival, effectué en deux séances maximum,
- vaccination DT Polio (diphtérie, tétanos et poliomyélite) tous âges,
- acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'Assurance Maladie obligatoire.

Densitométrie osseuse non remboursée par l'Assurance Maladie obligatoire et médicalement prescrite : forfait annuel de 25 € par bénéficiaire.

4.3 Dispense de l'avance des frais

Une carte adressée à chaque bénéficiaire immatriculé lui permettra d'être dispensé de l'avance des frais auprès des établissements de soins et des professionnels de santé conventionnés et ayant passé un accord de tiers payant avec la mutuelle, s'il dépend du régime général.

4.4. Remboursements

a) pour les actes médicaux :

L'envoi de la feuille de soins au centre de Sécurité sociale, pour les assurés relevant du régime général, générera le règlement unique pour les affiliés des CPAM 13 et 06, par décompte commun édité par la Sécurité sociale.

Pour les CPAM 83, 84, 04 et 05, le décompte mutuelle parviendra automatiquement après le règlement de la Sécurité sociale.

Pour les actes médicaux n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement automatique, le bénéficiaire remettra au correspondant de la mutuelle - ou déposera au siège de la mutuelle - les décomptes de remboursement de la Sécurité sociale ou du régime obligatoire.

Si l'avance du ticket modérateur a été faite, le volet 2 de facturation du pharmacien, radiologue, auxiliaire médical, ou, pour les autres cas, un reçu du ticket modérateur, devra être adressé à la mutuelle.

b) Prime de naissance : présenter un extrait de naissance.

c) Allocation décès : sur présentation de l'acte de décès et certificat d'hérédité.

d) Chambre Particulière et séjour accompagnant : sur présentation de la facture acquittée.

e) Forfait hospitalier : sur présentation de la facture acquittée.

4.5. Modifications d'option (Option 1, Option 1 plus, et Option 2)

Toute demande de modification de l'option choisie ne pourra être effective qu'à la fin de l'année civile et sur demande présentée trois mois avant l'échéance soit au plus tard le 30 septembre de l'année en cours.

Toutefois, les frais de santé engagés par le membre participant avant la prise d'effet de la nouvelle garantie sont remboursés sur les anciennes bases contractuelles.

Le choix de l'option 2 implique l'obligation (minimale) de conserver cette option durant 3 ans.

4.6. Délai de demande de remboursement

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court pas :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

4.7. Limites d'intervention de la mutuelle

Aucune prestation née postérieurement à la date de démission, d'exclusion ou de radiation ne peut être servie par la mutuelle.

Les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire ; l'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant.

Article 5. Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire de remboursement de frais de soins, la mutuelle est subrogée de plein droit jusqu'à concurrence des dites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Article 6. Organisme de contrôle

L'organisme de contrôle dont relève la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel - sise 61, rue Taibout - 75009 PARIS.

ANNEXES

ANNEXES

- COTISATIONS
- EXPOSÉ DES GARANTIES
- GRILLE OPTIQUE

M.A.O.S.

Mutuelle Active des Organismes Sociaux et Divers.
Adresse postale : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille - Téléphone : 04 91 17 41 93

TARIFS APPLICABLES au 01/01/2017 - OPTION 1

COTISATIONS	ANNÉE	TRIMESTRE	MOIS
OPTION 1			
moins de 26 ans seul	302,40 €	75,60 €	25,20 €
moins de 31 ans seul	442,20 €	110,55 €	36,85 €
Personne seule	755,40 €	188,85 €	62,95 €
Personne seule + 1 enfant	920,40 €	230,10 €	76,70 €
Famille	1 237,80 €	309,45 €	103,15 €

(Les cotisations incluent les taxes : CMU 6,27 % et Conventions d'Assurance 7 %)

La cotisation est due d'avance, par prélèvement automatique.

Nos coordonnées :

Tél.: 04 91 17 41 93 - FAX : 02 36 25 54 88
e-mail : maos@ag2ramondiale.fr
site : www.maos.fr

Accueil : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille - 1^{er} étage
De 9 h 00 à 12 h 00 et de 14 h 00 à 16 h 00
Ou sur rendez-vous

PACUSREG - Mai 2017

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 782 885 826 - Siège : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille

M.A.O.S.

Mutuelle Active des Organismes Sociaux et Divers.
Adresse postale : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille - Téléphone : 04 91 17 41 93

EXPOSÉ DES GARANTIES au 01/01/2017 - OPTION 1

HOSPITALISATION CHIRURGICALE MÉDICALE MATERNITÉ ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS Limite de 60 jours par an. SÉJOUR ACCOMPAGNANT Enfant de moins de 13 ans. CHAMBRE PARTICULIÈRE Limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire. Illimitée en chirurgie. FORFAIT HOSPITALIER TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE	100 % 100 % 16 € /Jour 35 € /Jour INTÉGRAL 18 €
FRAIS MÉDICAUX Consultations et visites Actes d'imagerie et d'échographie, analyses, soins auxiliaires médicaux, actes techniques médicaux, pharmacie (vignettes oranges, bleues et blanches), soins dentaires, frais de transport. Prise en charge du ticket modérateur forfaitaire de 18 €.	100 % 100 %
CURES THERMALES (avec ou sans placement) frais médicaux, paramédicaux, transport et hébergement.	100 %
OPTIQUE 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf mineurs ou évolution de la vue (période de 1 an) Lentilles (prises en charge par la S.S.) Forfait annuel par bénéficiaire. Lentilles (médicalement prescrites, non prises en charge par la S.S.) Forfait annuel par bénéficiaire.	Cf. grille optique 110 € 50 €
PROTHÈSES MÉDICALES Orthopédie, Prothèses médicales	100 %
PROTHÈSES AUDITIVES (forfait annuel)	200 €
PROTHÈSE CAPILLAIRE (forfait annuel)	80 €
PROTHÈSES DENTAIRES	130 %
ORTHODONTIE	160 %
CHIRURGIE LASER POUR MYOPIE (par oeil)	100 €
PRIME NAISSANCE	250 €
ACTES DE PRÉVENTION : Vaccination DT Polio Détartrage dentaire Densitométrie osseuse	100 % 100 % 100 %
DENSITOMÉTRIE OSSEUSE non remboursée par S.S. (forfait annuel)	25 €
Prestation assurée par AG2R PREVOYANCE, dans le cadre d'un contrat collectif. ALLOCATION DÉCÈS Si décès accidentel de l'Adhérent	458 € 1 525 €

Les remboursements sont limités aux frais réels. Les T.N.S. percevront une part mutuelle limitée à celle des affiliés du Régime Général. Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base du remboursement de la S.S. , ou du tarif de responsabilité (TFR) pour la pharmacie, et incluent le remboursement de la S.S. aux taux en vigueur au 01/01/2015.

(1) Nos garanties entrent dans le cadre des "Contrats responsables" :

- Ne donnent pas lieu à remboursement :**
- la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du code de la Sécurité sociale,
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant (*) du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
 - (*) ce montant minimum non pris en charge peut être plus élevé selon les garanties souscrites
 - les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale.

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 782 885 826 - Siège : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille

M.A.O.S.

Mutuelle Active des Organismes Sociaux et Divers.
Adresse postale : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille - Téléphone : 04 91 17 41 93

TARIFS APPLICABLES au 01/01/2017 - OPTION 1PLUS

COTISATIONS	ANNÉE	TRIMESTRE	MOIS
OPTION 1PLUS			
Personne seule	970,80 €	242,70 €	80,90 €
Famille	1 362,00 €	340,50 €	113,50 €

(Les cotisations incluent les taxes : CMU 6,27 % et Conventions d'Assurance 7 %)

La cotisation est due d'avance, par prélèvement automatique.

Nos coordonnées :

Tél.: 04 91 17 41 93 - FAX : 02 36 25 54 88
e-mail : maos@ag2ramondiale.fr
site : www.maos.fr

Accueil : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille - 1^{er} étage
De 9 h 00 à 12 h 00 et de 14 h 00 à 16 h 00
Ou sur rendez-vous

PAO SIGH - MAJ. 2017.

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 782 885 826 - Siège : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille

M.A.O.S.

Mutuelle Active des Organismes Sociaux et Divers.
Adresse postale : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille - Téléphone : 04 91 17 41 93

EXPOSÉ DES GARANTIES au 01/01/2017 - OPTION 1PLUS

HOSPITALISATION CHIRURGICALE MÉDICALE MATERNITÉ ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS Limite de 60 jours par an. SÉJOUR ACCOMPAGNANT Enfant de moins de 13 ans. CHAMBRE PARTICULIÈRE Limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire. Illimitée en chirurgie. FORFAIT HOSPITALIER TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE	100 % 100 % 16 € /Jour 35 € /Jour INTÉGRAL 18 €
FRAIS MÉDICAUX Consultations et visites Actes d'imagerie et d'échographie, analyses, soins auxiliaires médicaux, actes techniques médicaux, pharmacie (vignettes oranges, bleues et blanches), soins dentaires, frais de transport. Prise en charge du ticket modérateur forfaitaire de 18 €.	100 % 100 %
CURES THERMALES (avec ou sans placement) frais médicaux, paramédicaux, transport et hébergement.	100 %
OPTIQUE 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf mineurs ou évolution de la vue (période de 1 an) Lentilles (prises en charge par la S.S.) Forfait annuel par bénéficiaire. Lentilles (médicalement prescrites, non prises en charge par la S.S.) Forfait annuel par bénéficiaire.	Cf. grille optique 110 € 50 €
PROTHÈSES MÉDICALES Orthopédie, Prothèses médicales	100 %
PROTHÈSES AUDITIVES (forfait annuel)	200 €
PROTHÈSE CAPILLAIRE (forfait annuel)	80 €
PROTHÈSES DENTAIRES	180 %
ORTHODONTIE	160 %
CHIRURGIE LASER POUR MYOPIE (par oeil)	100 €
PRIME NAISSANCE	250 €
ACTES DE PRÉVENTION : Vaccination DT Polio Détartrage dentaire Densitométrie osseuse	100 % 100 % 100 %
DENSITOMÉTRIE OSSEUSE non remboursée par S.S. (forfait annuel)	25 €
Prestation assurée par AG2R PREVOYANCE, dans le cadre d'un contrat collectif. ALLOCATION DÉCÈS Si décès accidentel de l'Adhérent	458 € 1 525 €

Les remboursements sont limités aux frais réels. Les T.N.S. percevront une part mutuelle limitée à celle des affiliés du Régime Général. Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base du remboursement de la S.S. , ou du tarif de responsabilité (TFR) pour la pharmacie, et incluent le remboursement de la S.S. aux taux en vigueur au 01/01/2015.

(1) Nos garanties entrent dans le cadre des "Contrats responsables" :

- Ne donnent pas lieu à remboursement :**
- la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du code de la Sécurité sociale,
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant (*) du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
 - (*) ce montant minimum non pris en charge peut être plus élevé selon les garanties souscrites
 - les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale.

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 782 885 826 - Siège : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille

M.A.O.S.

Mutuelle Active des Organismes Sociaux et Divers.
Adresse postale : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille - Téléphone : 04 91 17 41 93

TARIFS APPLICABLES au 01/01/2017 - OPTION 2

COTISATIONS	ANNÉE	TRIMESTRE	MOIS
OPTION 2			
moins de 26 ans seul	471,60 €	117,90 €	39,30 €
moins de 31 ans seul	693,60 €	173,40 €	57,80 €
Personne seule	1 019,40 €	254,85 €	84,95 €
Personne seule + 1 enfant	1 410,00 €	352,50 €	117,50 €
Famille	1 759,80 €	439,95 €	146,65 €

(Les cotisations incluent les taxes : CMU 6,27 % et Conventions d'Assurance 7 %)

La cotisation est due d'avance, par prélèvement automatique.

Option 2 : Elle se prend en début d'année civile et pour un minimum de trois années consécutives.

Nos coordonnées :

Tél.: 04 91 17 41 93 - FAX : 02 36 25 54 88
e-mail : maos@ag2ramondiale.fr
site : www.maos.fr

Accueil : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille - 1^{er} étage
De 9 h 00 à 12 h 00 et de 14 h 00 à 16 h 00
Ou sur rendez-vous

PAGES 20 - Mai 2017

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 782 885 826 - Siège : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille

M.A.O.S.

Mutuelle Active des Organismes Sociaux et Divers.
Adresse postale : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille - Téléphone : 04 91 17 41 93

EXPOSÉ DES GARANTIES au 01/01/2017 - OPTION 2

HOSPITALISATION CHIRURGICALE MÉDICALE MATERNITÉ ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS Limite de 60 jours par an. SÉJOUR ACCOMPAGNANT Enfant de moins de 13 ans. CHAMBRE PARTICULIÈRE Limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire. Illimitée en chirurgie. FORFAIT HOSPITALIER TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE	100 % 100 % 16 €/Jour 45 €/Jour INTÉGRAL 18 €
FRAIS MÉDICAUX CONSULTATIONS ET VISITES AVEC « CAS » CONSULTATIONS ET VISITES SANS « CAS » Actes d'imagerie et d'échographie, analyses, soins auxiliaires médicaux, actes techniques médicaux, pharmacie (vignettes oranges, bleues et blanches), soins dentaires, frais de transport. Prise en charge du ticket modérateur forfaitaire de 18 €.	125 % 105 % 100 %
CURES THERMALES (avec ou sans placement) frais médicaux, paramédicaux, transport et hébergement.	100 %
OPTIQUE 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf mineurs ou évolution de la vue (période de 1 an) Lentilles (prises en charge par la S.S.) 400 % de la base S.S. + 170 € ** Lentilles (médicalement prescrites, non prises en charge par la S.S.) Forfait annuel par bénéficiaire.	Cf. grille optique 400 % + 170 € ** 100 €
PROTHÈSES MÉDICALES Orthopédie, Prothèses médicales	100 %
PROTHÈSES AUDITIVES (forfait annuel)	300 €
PROTHÈSE CAPILLAIRE (forfait annuel)	80 €
PROTHÈSES DENTAIRES	300 %
IMPLANTS DENTAIRES (forfait annuel)	400 €
ORTHODONTIE	200 %
CHIRURGIE LASER POUR MYOPIE (par oeil)	150 €
PRIME NAISSANCE	250 €
ACTES DE PRÉVENTION : Vaccination DT Polio Détartrage dentaire Densitométrie osseuse	100 % 100 % 100 %
DENSITOMÉTRIE OSSEUSE non remboursée par S.S. (forfait annuel)	25 €
Prestation assurée par AG2R PREVOYANCE, dans le cadre d'un contrat collectif. ALLOCATION DÉCÈS Si décès accidentel de l'Adhérent	458 € 1 525 €

Les remboursements sont limités aux frais réels. Les T.N.S. percevront une part mutuelle limitée à celle des affiliés du Régime Général. Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base du remboursement de la S.S. , ou du tarif de responsabilité (TFR) pour la pharmacie, et incluent le remboursement de la S.S. (**sauf optique) aux taux en vigueur au 01/01/2015.

(1) Nos garanties entrent dans le cadre des "Contrats responsables" :

Ne donnent pas lieu à remboursement :

- la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du code de la Sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant (*) du dépassement autorisé sur les actes cliniques, (*) ce montant minimum non pris en charge peut être plus élevé selon les garanties souscrites
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale.

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN 782 885 826 - Siège : 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille

Option 1 et 1 plus*

Monture 50€									
Code TIPS	Nouveau code LPP Adulte	Nouveau code LPP Enfant	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Type de Verre	Forfait par verre		
202A00.11	2203240 : verre blanc	2261874 : verre blanc	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	Verre simple	30 €		
	2287916 : verre teinté	2242457 : verre teinté							
202A00.12	2280660 : verre blanc	2243540 : verre blanc			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	Verre complexe	75 €		
	2282793 : verre blanc	2297441 : verre teinté							
	2263459 : verre teinté	2243304 : verre blanc							
	2265330 : verre teinté	2291088 : verre teinté							
202A00.13	2235776 : verre blanc	2273854 : verre blanc			< à -10 ou > à +10	Verre complexe	75 €		
	2295896 : verre teinté	2248320 : verre teinté							
202A00.21	2259966 : verre blanc	2200393 : verre blanc			MULTIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	Verre simple	30 €
	2226412 : verre teinté	2270413 : verre teinté							
202A00.22	2284527 : verre blanc	2283953 : verre blanc	< à -6 et > à +6	Verre complexe			75 €		
	2254868 : verre teinté	2219381 : verre teinté							
202A00.23	2212976 : verre blanc	2238941 : verre blanc	Cylindre > à 4	de -6 à +6			Verre complexe	75 €	
	2252668 : verre teinté	2268385 : verre teinté							
202A00.24	2288519 : verre blanc	2245036 : verre blanc	< à -6 et > à +6	Verre complexe			75 €		
	2299523 : verre teinté	2206800 : verre teinté							
202A00.31	2290396 : verre blanc	2259245 : verre blanc	MULTIFOCAUX	Sphérique			de -4 à +4	Verre complexe	75 €
	2291183 : verre teinté	2264045 : verre teinté							
202A00.32	2245384 : verre blanc	2238792 : verre blanc			< à -4 ou > à +4	Verre Très complexe	75 €		
	2295198 : verre teinté	2202452 : verre teinté							
202A00.41	2227038 : verre blanc	2240671 : verre blanc			Tout Cylindre	de -8 à +8	Verre complexe	75 €	
	2299180 : verre teinté	2282221 : verre teinté							
202A00.42	2202239 : verre blanc	2234239 : verre blanc			< à -8 ou > à +8	Verre Très complexe	75 €		
	2252042 : verre teinté	2259660 : verre teinté							

*limitation à un équipement optique (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, sauf mineurs ou évolution de la vue (dans ces deux cas la période est réduite à un an)

Option 2*

Monture 100€									
Code TIPS	Nouveau code LPP Adulte	Nouveau code LPP Enfant	UNIFOCAUX / MULTIFOCAUX	Avec/Sans Cylindre	SPHERE	Type de Verre	Forfait par verre		
202A00.11	2203240 : verre blanc	2261874 : verre blanc	UNIFOCAUX	Sphérique	de -6 à +6	Verre simple	75 €		
	2287916 : verre teinté	2242457 : verre teinté							
202A00.12	2280660 : verre blanc	2243540 : verre blanc			de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	Verre complexe	125 €		
	2282793 : verre blanc	2297441 : verre teinté							
	2263459 : verre teinté	2243304 : verre blanc							
	2265330 : verre teinté	2291088 : verre teinté							
202A00.13	2235776 : verre blanc	2273854 : verre blanc			< à -10 ou > à +10	Verre complexe	125 €		
	2295896 : verre teinté	2248320 : verre teinté							
202A00.21	2259966 : verre blanc	2200393 : verre blanc			MULTIFOCAUX	Cylindre < à 4	de -6 à +6	Verre simple	75 €
	2226412 : verre teinté	2270413 : verre teinté							
202A00.22	2284527 : verre blanc	2283953 : verre blanc	< à -6 et > à +6	Verre complexe			125 €		
	2254868 : verre teinté	2219381 : verre teinté							
202A00.23	2212976 : verre blanc	2238941 : verre blanc	Cylindre > à 4	de -6 à +6			Verre complexe	125 €	
	2252668 : verre teinté	2268385 : verre teinté							
202A00.24	2288519 : verre blanc	2245036 : verre blanc	< à -6 et > à +6	Verre complexe			125 €		
	2299523 : verre teinté	2206800 : verre teinté							
202A00.31	2290396 : verre blanc	2259245 : verre blanc	MULTIFOCAUX	Sphérique			de -4 à +4	Verre complexe	125 €
	2291183 : verre teinté	2264045 : verre teinté							
202A00.32	2245384 : verre blanc	2238792 : verre blanc			< à -4 ou > à +4	Verre Très complexe	125 €		
	2295198 : verre teinté	2202452 : verre teinté							
202A00.41	2227038 : verre blanc	2240671 : verre blanc			Tout Cylindre	de -8 à +8	Verre complexe	125 €	
	2299180 : verre teinté	2282221 : verre teinté							
202A00.42	2202239 : verre blanc	2234239 : verre blanc			< à -8 ou > à +8	Verre Très complexe	125 €		
	2252042 : verre teinté	2259660 : verre teinté							

*limitation à un équipement optique (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, sauf mineurs ou évolution de la vue (dans ces deux cas la période est réduite à un an)

