

- Une offre adaptée à notre profession
- Des tarifs négociés
- Une couverture hospitalisation très haut de gamme dès la garantie de base.
- Des consultations à distance gratuites 7/7 jours en France et à l'étranger.



APSECA(1)

INFORMATION MUTUELLE ENSEIGNANTS DES ETABLISSEMENTS CATHOLIQUES ARDECHE

Madame, Monsieur,

Les membres de l'Apseca des établissements catholiques de l'Ardèche, soucieux de la protection sociale des enseignants, ont le plaisir de vous proposer le régime complémentaire santé négocié auprès d'Aesio Mutuelle. Il vous permet de bénéficier d'une offre attractive. Il prévoit :

- 3 niveaux de garanties soit une base et 2 options facultatives (Pas de questionnaire médical. La garantie est identique pour tous les bénéficiaires inscrits sur le contrat).
- Des cotisations en fonction de l'âge des assurés.
- L'adhésion de vos ayants droit éventuels.
- La continuité de la couverture à la retraite

Nouveauté 2022 : A compter du 01/01/22, ce contrat vous permet de bénéficier du dispositif de remboursement forfaitaire de protection sociale complémentaire (PSC) conformément au décret N°2021-1164 du 08 novembre 2021. Les agents éligibles bénéficieront du forfait Brut de 15€/mois sur leur fiche de paye après avoir adressé une demande à l'employeur public dont il relève depuis l'outil COLIBRIS.

En pratique, avec ce contrat :

Vous bénéficierez de nombreux services tels que :

- Tiers payants nombreux.
 - Remboursements automatisés via la liaison avec la Sécurité sociale.
 - Un extranet pour consulter votre contrat, vos prestations et transmettre vos demandes de remboursements ou de prises en charge.
 - Une assistance 7jours sur 7.
 - La téléconsultation via Médecindirect 7jours/7 même depuis l'étranger.
 - Des ateliers de prévention et bien-être entièrement gratuits
 - Un réseau optique et audio « Carte Blanche ».
 - Des réductions dans les centres de vacances Miléade.
 - Un fond social.
- (plus de détails sur aesio.fr)

Pour adhérer, c'est simple :

Remplir et retourner le bulletin d'adhésion ci-joint à : apseca07@gmail.com

Accompagné :

- des attestations Vitales des personnes à couvrir (disponible sous améli.fr).
- d'un relevé d'identité bancaire (pour les prestations)
- du mandat SEPA ci-joint rempli et signé accompagné d'un RIB pour le paiement des cotisations si vous souhaitez des prélèvements bancaires.

Pour résilier votre contrat actuel, c'est simple :

Depuis le 01/12/2020, dans le cadre de la « Résiliation Infra Annuelle » (RIA) ,vous pouvez résilier votre contrat mutuelle à tout moment dans l'année par lettre simple ou par mail, dès lors que le contrat a une ancienneté supérieure à un an.

La résiliation prendra effet dans un délai de 30 jours.

Pour joindre Aesio mutuelle, c'est facile :

Dans l'une des 350 agences : *(Liste complète des agences sur le site Aesio.fr) dont :*

- PRIVAS	1 Avenue de Chomerac	04 75 66 48 84
- AUBENAS	6 Route de la Pourette	04 75 35 33 37
- DAVEZIEUX	912 Route de Lyon	04 75 33 49 30
- GUILHERAND GRANGES	273 Avenue de la République	04 75 44 69 15
- MONTELIMAR	167 Rte de Marseille	04.75.01.14.68
- VALENCE	15 Boulevard Bancel	09.69.32.22.56
- CREST	40 Quai Henri Latune	04.75.76.73.10

Ou par téléphone **09.69.32.22.56.**

Cordialement,

Les membres de l'APSECA

(1) APSECA = Association pour la Protection et la Santé des Enseignants et Retraités de l'Enseignement Catholique de l'Ardèche (et départements voisins)

GARANTIE BASE (dont 15 €/mois de participation pour les agents éligibles)

⇒ Adulte de 18 à 35 ans :	33.88 € /mois
⇒ Adulte de 36 à 65 ans :	52.20 € /mois
⇒ Adulte de + de 65 ans :	76.21 € /mois
⇒ Enfant (de 0 à 25 ans):	22.66 € /mois

OPTION 1 (en plus de la garantie de base)

⇒ Enfant (de 0 à 25 ans):	5.06 € / mois
⇒ Moins de 35 ans :	8.51 € / mois
⇒ De 36 à 40 ans :	9.34 € / mois
⇒ De 41 à 45 ans :	9.34 € / mois
⇒ De 46 à 50 ans :	10.17 € / mois
⇒ De 51 à 60 ans :	10.17 € / mois
⇒ De 61 à 65 ans :	12.24 € / mois
⇒ De 66 à 75 ans :	13.93 € / mois
⇒ Plus de 75 ans :	15.93 € / mois

OPTION 2 (en plus de la garantie de base)

⇒ Enfant :	11.63 € / mois
⇒ Moins de 35 ans :	19.04 € / mois
⇒ De 36 à 40 ans :	20.69 € / mois
⇒ De 41 à 45 ans :	21.95 € / mois
⇒ De 46 à 50 ans :	22.99 € / mois
⇒ De 51 à 60 ans :	24.10 € / mois
⇒ De 61 à 65 ans :	27.62 € / mois
⇒ De 66 à 75 ans :	31.94 € / mois
⇒ Plus de 75 ans :	35.10 € / mois

Gratuité à partir du 3^{ème} enfant

tarifs sous réserve des arrondis informatique

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins signataires DPTM*	80 ou 100 % BR*	520 ou 500 % BR	600 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	80 ou 100 % BR	120 ou 100 % BR	200 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	520 ou 500 % BR	600 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Chambre particulière :				La prise en charge de la chambre particulière est : - limitée à 90 jours par an pour les soins de suite et réadaptation (240 jours par an pour les centres agréés de rééducation fonctionnelle), 60 jours par an pour la psychiatrie, - illimitée en chirurgie, médecine et obstétrique, - Placements à l'année et temporaires exclus.
· Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	30 € / jour	30 € / jour	
· Soins de suite et de réadaptation	---	30 € / jour	30 € / jour	
· Psychiatrie	---	30 € / jour	30 € / jour	
· Maisons d'enfant à caractère sanitaire	---	30 € / jour	30 € / jour	
· Ambulatoire	---	20 € / jour	20 € / jour	Les suppléments lors d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge par le forfait ambulatoire.
- Frais d'accompagnement	---	20 € / jour	20 € / jour	Prise en charge en cas d'hospitalisation d'une personne âgée de moins de 16 ans ou de plus de 75 ans, limitée à 30 jours par an.
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
- Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes				
· Médecins signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	120 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
· Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs- kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pedicures-podologues)	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	120 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	120 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	100 % BR	
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	40 ou 0 % BR	100 % BR	
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
DENTAIRE				
Soins, actes et consultations	70 % BR	55 % BR	125 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 ou 100 % BR	130 ou 100 % BR	200 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽¹⁾ Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Prothèses	70 % BR	Frais réels moins 70% BR	Frais réels	
Prothèses hors 100 % santé				
Panier à honoraires maîtrisés**				
- Prothèses	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	55 % BR	125 % BR	
Panier à honoraires libres				
- Prothèses	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	55 % BR	125 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO				
- Parodontologie	---	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Prothèses	---	120 €	120 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Implantologie	---	200 €	200 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Orthodontie	---	48,38 €	48,38 €	Forfait par an et par bénéficiaire
OPTIQUE				
1 monture et 2 verres tous les deux ans date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.				
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe A				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100% santé" et d'établir un devis.
- Monture	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
- Verres (tous types de corrections)	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels moins 60% BR	Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - moins de 16 ans				
- Monture	60 % BR	30 € moins 60% BR	30 €	
- Verre simple	60 % BR	40 € moins 60% BR	40 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	85 € moins 60% BR	85 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	95 € moins 60% BR	95 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - à partir de 16 ans				
- Monture	60 % BR	60 € moins 60% BR	60 €	
- Verre simple	60 % BR	70 € moins 60% BR	70 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	80 € moins 60% BR	80 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	100 € moins 60% BR	100 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription y compris les verres neutres	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	100€ moins 60% BR	100 €	Forfait en € par an et par bénéficiaire
- Forfait lentilles non remboursées par l'AMO	---	100 €	100 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	---	100 €	100 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par oeil

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL	
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ Classe I				Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Aides auditives	60 % BR	Frais réels moins 60%BR	Frais réels	
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ Classe II - Tarifs libres				
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	40 % BR + 210 €	100 % BR + 210 €	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	40 % BR + 60 €	100 % BR + 60 €	
Accessoires, entretien, piles réparation, implants cochléaires	60 % BR	40 % BR + 120 €	100 % BR + 120 €	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE - PRESTATIONS PARTICULIERES				
Actes de prévention	---	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO : · Honoraires médicaux, de surveillance, soins thermaux	65 ou 70 % BR	35 ou 30 % BR	100 % BR	Les honoraires de surveillances et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les hébergements remboursés par l'AMO
Médecine non remboursée (selon modalités indiquées au contrat): Fécondation in vitro (à partir de la 5ème), micro sclérose, parodontologie Actes non remboursés par l'AMO : diététicien, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue, hypnothérapeute Médicaments prescrits non remboursés par l'AMO : moyens de contraceptions, sevrage tabagique, autres vaccins Vaccins non remboursés (vaccin anti-grippe, etc.....) Ostéopathes : limité à 3 séances à 40 € * Loupe visuelle pour amblyope Forfait hébergement thermal (si cure thermale remboursée par l'AMO)	---	300 €	300 €	Forfait global par année civile et par bénéficiaire. Les soins doivent obligatoirement avoir été pratiqués par un professionnel de santé ayant un numéro ADELI . *Forfait par séance et par année civile.
Allocation Maternité ou Adoption	---	300 €	300 €	Allocation versée par enfant inscrit sur le contrat sur présentation d'un certificat de naissance ou d'adoption.
SERVICES PLUS				
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale.
MÉDECINDIRECT Consultation médicale à distance 24H/24 - 7J/7 : avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; · Proposition d'un diagnostic médical · Délivrance d'une ordonnance électronique selon les cas	---	OUI	OUI	 à vos côtés, où que vous soyez - depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr - depuis le site Internet www.medicindirect.fr - depuis l'application mobile MédecinDirect Service 100% confidentiel et sécurisé.
Assistance vie quotidienne	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
Accès aux ateliers prévention santé	---	OUI	OUI	Ateliers proposés en agence.

VERSION TDG 2021 - MC 09/020

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général / T.M. = Ticket modérateur / F.R. = Frais réels / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Pour tous les actes non remboursés par l'AMO, le remboursement se fera sur facture nominative et acquittée.

** Actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO. **Soins à l'étranger : Les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.**

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
HOSPITALISATION					
Honoraires, actes et soins					Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins signataires DPTM*	80 ou 100 % BR*	520 ou 500 % BR	---	600 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	80 ou 100 % BR	120 ou 100 % BR	---	200 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	---	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours					
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	520 ou 500 % BR		600 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	---	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Chambre particulière :			---		La prise en charge de la chambre particulière est : - limitée à 90 jours par an pour les soins de suite et réadaptation (240 jours par an pour les centres agréés de rééducation fonctionnelle), 60 jours par an pour la psychiatrie, - illimitée en chirurgie, médecine et obstétrique, - Placements à l'année et temporaires exclus.
· Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	30 €/ jour	+10 €/ jour	40 €/ jour	
· Soins de suite et de réadaptation	---	30 €/ jour	+10 €/ jour	40 €/ jour	
· Psychiatrie	---	30 €/ jour	+10 €/ jour	40 €/ jour	
· Maisons d'enfant à caractère sanitaire	---	30 €/ jour	+10 €/ jour	40 €/ jour	
· Ambulatoire	---	20 €/ jour	---	20 €/ jour	Les suppléments lors d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge par le forfait ambulatoire.
- Frais d'accompagnement	---	20 €/ jour	+10 €/ jour	30 €/ jour	Prise en charge en cas d'hospitalisation d'une personne âgée de moins de 16 ans ou de plus de 75 ans, limitée à 30 jours par an.
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
- Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes					
· Médecins signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	+ 30 % BR	150 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
· Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	+ 30 % BR	130 % BR	
Honoraires paramédicaux					
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs- kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pedicures-podologues)	60 % BR	40 % BR	---	100 % BR	
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR		100 % BR	
Actes d'imagerie					
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	+ 30 % BR	150 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	+ 30 % BR	130 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie					
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	+ 30 % BR	150 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	+ 30 % BR	130 % BR	
Médicaments					
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	---	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	---	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	---	100 % BR	
Matériel médical					
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	40 ou 0 % BR	+ 25 % BR	125 % BR	Si forfait supplémentaire : par année civile et par personne protégée.
Transport	65 % BR	35 % BR	---	100 % BR	

VERSION TDG 2021 - MC 09/2020

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
DENTAIRE					
Soins, actes et consultations	70 % BR	55 % BR	+ 25 % BR	150 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 ou 100 % BR	130 ou 100 % BR	+ 50 %	250 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽¹⁾ Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Prothèses	70 % BR	Frais réels moins 70% BR		Frais réels	
Prothèses hors 100 % santé					
Panier à honoraires maîtrisés**					
- Prothèses	70 % BR	130 % BR	+ 75 % BR	275 % BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	55 % BR	+ 25 % BR	150 % BR	
Panier à honoraires libres					
- Prothèses	70 % BR	130 % BR	+ 75 % BR	275 % BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	55 % BR	+ 25 % BR	150 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO					
- Parodontologie	---	100 €	+ 100 €	200 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Prothèses	---	120 €	+ 30 €	150 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Implantologie	---	200 €	+ 100 €	300 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Orthodontie	---	48,38 €	+ 48,37 €	96,75 €	Forfait par an et par bénéficiaire
OPTIQUE					
1 monture et 2 verres tous les deux ans date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.					
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe A					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100% santé" et d'établir un devis.
- Monture	60 % BR	Frais réels moins 60% BR		Frais réels	
- Verres (tous types de corrections)	60 % BR	Frais réels moins 60% BR		Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels moins 60% BR		Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - moins de 16 ans					
- Monture	60 % BR	30 € moins 60% BR	---	30 €	
- Verre simple	60 % BR	40 € moins 60% BR	+ 10 €	50 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	85 € moins 60% BR	+ 15 €	100 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	95 € moins 60% BR	+ 15 €	110 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - à partir de 16 ans					
- Monture	60 % BR	60 € moins 60% BR	---	60 €	
- Verre simple	60 % BR	70 € moins 60% BR	+ 10 €	80 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	80 € moins 60% BR	+ 30 €	110 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	100 € moins 60% BR	+ 30 €	130 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription y compris les verres neutres	60 % BR	40 % BR	---	100 % BR	
Lentilles					
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	100€ moins 60% BR	+ 30 €	130 €	Forfait en € par an et par bénéficiaire
- Forfait lentilles non remboursées par l'AMO	---	100 €	+ 30 €	130 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	---	100 €	+ 50 €	150 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par oeil

VERSION TDG 2021 - MC 09/2020

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
AIDES AUDITIVES					
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date					
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ Classe I					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Aides auditives	60 % BR	Frais réels moins 60%BR		Frais réels	
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ Classe II - Tarifs libres					
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	40 % BR + 210 €	+ 200 €	100 % BR + 300 €	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	40 % BR + 60 €	+ 200 €	100 % BR + 260 €	
Accessoires, entretien, piles réparation, implants cochléaires	60 % BR	40 % BR + 120 €	+ 10 €	100 % BR + 130 €	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE - PRESTATIONS PARTICULIERES					
Actes de prévention	---	OUI		OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO :					Les honoraires de surveillances et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les hébergements remboursés par l'AMO
- Honoraires médicaux, de surveillance, soins thermaux	65 ou 70 % BR	35 ou 30 % BR	---	100 % BR	
Médecine non remboursée (selon modalités indiquées au contrat): Fécondation in vitro (à partir de la 5ème), micro sclérose, parodontologie Actes non remboursés par l'AMO : diététicien, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue, hypnothérapeute Médicaments prescrits non remboursés par l'AMO : moyens de contraceptions, sevrage tabagique, autres vaccins Vaccins non remboursés (vaccin anti-grippe, etc....) Ostéopathes : limité à 3 séances à 40 € * Loupe visuelle pour amblyope Forfait hébergement thermal (si cure thermale remboursée par l'AMO)	---	300 €	---	300 €	Forfait global par année civile et par bénéficiaire. Les soins doivent obligatoirement avoir été pratiqués par un professionnel de santé ayant un numéro ADELI . *Forfait par séance et par année civile.
Allocation Maternité ou Adoption	---	300 €	---	300 €	Allocation versée par enfant inscrit sur le contrat sur présentation d'un certificat de naissance ou d'adoption.
SERVICES PLUS					
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI		OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale.
MÉDECINDIRECT Consultation médicale à distance 24H/24 - 7J/7 : avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; · Proposition d'un diagnostic médical · Délivrance d'une ordonnance électronique selon les cas	---	OUI		OUI	 à vos côtés, où que vous soyez. - depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr - depuis le site Internet www.medicindirect.fr - depuis l'application mobile MédecinDirect Service 100% confidentiel et sécurisé.
Assistance vie quotidienne	---	OUI		OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
Accès aux ateliers prévention santé	---	OUI		OUI	Ateliers proposés en agence.

VERSION TDG 2021 - MC 09/2020

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général / T.M. = Ticket modérateur / F.R. = Frais réels / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Pour tous les actes non remboursés par l'AMO, le remboursement se fera sur facture nominative et acquittée.

** Actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO. **Soins à l'étranger : Les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.**

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
HOSPITALISATION					
Honoraires, actes et soins					Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins signataires DPTM*	80 ou 100 % BR*	520 ou 500 % BR	---	600 % BR	
- Médecins non signataires DPTM	80 ou 100 % BR	120 ou 100 % BR	---	200 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	---	Frais réels	Actes techniques médicaux supérieurs à 120 €
Séjours					
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	520 ou 500 % BR		600 % BR	
- Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	---	Frais réels	Forfait hospitalier illimité dans les établissements de santé.
- Chambre particulière :			---		La prise en charge de la chambre particulière est : - limitée à 90 jours par an pour les soins de suite et réadaptation (240 jours par an pour les centres agréés de rééducation fonctionnelle), 60 jours par an pour la psychiatrie, - illimitée en chirurgie, médecine et obstétrique, - Placements à l'année et temporaires exclus.
· Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	30 €/ jour	+30 €/ jour	60 €/ jour	
· Soins de suite et de réadaptation	---	30 €/ jour	+30 €/ jour	60 €/ jour	
· Psychiatrie	---	30 €/ jour	+30 €/ jour	60 €/ jour	
· Maisons d'enfant à caractère sanitaire	---	30 €/ jour	+30 €/ jour	60 €/ jour	
· Ambulatoire	---	20 €/ jour	---	20 €/ jour	
- Frais d'accompagnement	---	20 €/ jour	+20 €/ jour	40 €/ jour	Prise en charge en cas d'hospitalisation d'une personne âgée de moins de 16 ans ou de plus de 75 ans, limitée à 30 jours par an.
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
- Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes					
· Médecins signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	+ 80 % BR	200 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
· Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	+ 80 % BR	180 % BR	
Honoraires paramédicaux					
- Auxiliaires médicaux (dont les infirmières, les masseurs- kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pedicures-podologues)	60 % BR	40 % BR	+ 25 % BR	125 % BR	
Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	40 % BR	---	100 % BR	
Actes d'imagerie					
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	+ 80 % BR	200 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	+ 80 % BR	180 % BR	
Actes techniques médicaux et de chirurgie					
- Médecins signataires DPTM	70 % BR	50 % BR	+ 80 % BR	200 % BR	Dans le cas où l'adhérent n'a pas souscrit avec un médecin traitant, seul le ticket modérateur est pris en charge.
- Médecins non signataires DPTM	70 % BR	30 % BR	+ 80 % BR	180 % BR	
Médicaments					
- Médicaments à Service Médical Rendu* important	65 % BR	35 % BR	---	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* modéré	30 % BR	70 % BR	---	100 % BR	
- Médicaments à Service Médical Rendu* faible	15 % BR	85 % BR	---	100 % BR	
Matériel médical					
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	40 ou 0 % BR	+ 150 % BR	250 % BR	Si forfait supplémentaire : par année civile et par personne protégée.
Transport	65 % BR	35 % BR	---	100 % BR	

VERSION TDG 2021 - MC 09/2020

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
DENTAIRE					
Soins, actes et consultations	70 % BR	55 % BR	+ 75 % BR	200 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 ou 100 % BR	130 ou 100 % BR	+ 100 % BR	300 % BR	
Soins et prothèses 100 % santé ⁽¹⁾ Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériel utilisé					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Prothèses	70 % BR	Frais réels moins 70% BR		Frais réels	
Prothèses hors 100 % santé					
Panier à honoraires maîtrisés**					
- Prothèses	70 % BR	130 % BR	+ 150 % BR	350 % BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	55 % BR	+ 75 % BR	200 % BR	
Panier à honoraires libres					
- Prothèses	70 % BR	130 % BR	+ 150 % BR	350 % BR	
- Inlay Onlay	70 % BR	55 % BR	+ 75 % BR	200 % BR	
Actes non remboursés par l'AMO					
- Parodontologie	---	100 €	+ 300 €	400 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Prothèses	---	120 €	+ 60 €	180 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Implantologie	---	200 €	+ 200 €	400 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Orthodontie	---	48,38 €	+ 96,75 €	145,13 €	Forfait par an et par bénéficiaire
OPTIQUE					
1 monture et 2 verres tous les deux ans date à date pour les adultes de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité Sociale). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.					
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe A					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100% santé" et d'établir un devis.
- Monture	60 % BR	Frais réels moins 60% BR		Frais réels	
- Verres (tous types de corrections)	60 % BR	Frais réels moins 60% BR		Frais réels	
- Prestations d'appairage	60 % BR	Frais réels moins 60% BR		Frais réels	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes.
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - moins de 16 ans					
- Monture	60 % BR	30 € moins 60% BR	---	30 €	
- Verre simple	60 % BR	40 € moins 60% BR	+ 20 €	60 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	85 € moins 60% BR	+ 20 €	105 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	95 € moins 60% BR	+ 20 €	115 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ (verres et/ou monture) Classe B - Tarifs libres - à partir de 16 ans					
- Monture	60 % BR	60 € moins 60% BR	---	60 €	
- Verre simple	60 % BR	70 € moins 60% BR	+ 70 €	140 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre complexe	60 % BR	80 € moins 60% BR	+ 80 €	160 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
- Verre très complexe	60 % BR	100 € moins 60% BR	+ 80 €	180 €	Forfait par verre et par bénéficiaire
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription y compris les verres neutres	60 % BR	40 % BR	---	100 % BR	
Lentilles					
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	100€ moins 60% BR	+ 60 €	160 €	Forfait en € par an et par bénéficiaire
- Forfait lentilles non remboursées par l'AMO	---	100 €	+ 60 €	160 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	---	100 €	+ 100 €	200 €	Forfait par an, par bénéficiaire et par oeil

VERSION TDG 2021 - MC 09/2020

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS				PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*) OPTION FACULTATIVE	TOTAL	
AIDES AUDITIVES					
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date					
Équipement 100 % santé ⁽¹⁾ Classe I					Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement "100 % santé" et d'établir un devis.
- Aides auditives	60 % BR	Frais réels moins 60%BR		Frais réels	
Équipement hors 100 % santé ⁽¹⁾ Classe II - Tarifs libres					
- Aides auditives (jusqu'à 20 ans inclus)	60 % BR	40 % BR + 210 €	+ 300 €	100 % BR + 300 €	
- Aides auditives (plus de 20 ans)	60 % BR	40 % BR + 60 €	+ 300 €	100 % BR + 360 €	
Accessoires, entretien, piles réparation, implants cochléaires	60 % BR	40 % BR + 120 €	+ 20 €	100 % BR + 140 €	
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE - PRESTATIONS PARTICULIERES					
Actes de prévention	---	OUI		OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle.
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO :					Les honoraires de surveillances et soins thermaux n'incluent pas les transports ni les hébergements remboursés par l'AMO
- Honoraires médicaux, de surveillance, soins thermaux	65 ou 70 % BR	35 ou 30 % BR	---	100 % BR	
Médecine non remboursée (selon modalités indiquées au contrat): Fécondation in vitro (à partir de la 5ème), micro sclérose, parodontologie Actes non remboursés par l'AMO : diététicien, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue, hypnothérapeute Médicaments prescrits non remboursés par l'AMO : moyens de contraceptions, sevrage tabagique, autres vaccins Vaccins non remboursés (vaccin anti-grippe, etc....) Ostéopathes : limité à 3 séances à 40 € * Loupe visuelle pour amblyope Forfait hébergement thermal (si cure thermale remboursée par l'AMO)	---	300 €	---	300 €	Forfait global par année civile et par bénéficiaire. Les soins doivent obligatoirement avoir été pratiqués par un professionnel de santé ayant un numéro ADELI . *Forfait par séance et par année civile.
Allocation Maternité ou Adoption	---	300 €	---	300 €	Allocation versée par enfant inscrit sur le contrat sur présentation d'un certificat de naissance ou d'adoption.
SERVICES PLUS					
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI		OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale.
MÉDECINDIRECT Consultation médicale à distance 24H/24 - 7J/7 : avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; · Proposition d'un diagnostic médical · Délivrance d'une ordonnance électronique selon les cas	---	OUI		OUI	 à vos côtés, où que vous soyez - depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr - depuis le site Internet www.medecindirect.fr - depuis l'application mobile MédecinDirect Service 100% confidentiel et sécurisé.
Assistance vie quotidienne	---	OUI		OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
Accès aux ateliers prévention santé	---	OUI		OUI	Ateliers proposés en agence.

VERSION TDG 2021 - MC 09/2020

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général / T.M. = Ticket modérateur / F.R. = Frais réels / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Service Médical Rendu (SMR) : la notion de SMR est évaluée par la Haute Autorité de Santé. PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Pour tous les actes non remboursés par l'AMO, le remboursement se fera sur facture nominative et acquittée.

** Actes soumis à des honoraires limites de facturation

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO. **Soins à l'étranger : Les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.**

(1) Tels que définis réglementairement

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

AÉSIO MUTUELLE - Contrat du personnel
Bulletin à retourner à apseca07@gmail.com

Contrat collectif n° :

Date de la demande* :

NATURE DE LA DEMANDE (un seul choix possible) - À cocher obligatoirement :
À compléter par le salarié et à transmettre au correspondant de l'entreprise

Bulletin d'adhésion individuel Ajout d'ayant(s) droit Bulletin de modification individuel

À compléter par l'entreprise Bulletin de radiation

À compléter à l'adhésion du salarié uniquement Garantie obligatoire :

* La date de la demande permet de déterminer la date d'effet selon les conditions fixées par la notice d'information.

Nom du salarié :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

N° de Téléphone : N° de portable : Email :

Caisse d'affiliation :

Régime d'assurance-maladie : Régime général Régime local

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	RÉGIME ⁽¹⁾	BÉNÉFICIAIRES	NOM (en lettres capitales)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE (M/F)	TÉLÉTRANS- MISSION NOÉMIE ⁽²⁾	SUPPRES- SION ⁽³⁾
		SALARIÉ						☒
		CONJOINT(E)						
		1 ^{er} ENFANT						
		2 ^e ENFANT						
		3 ^e ENFANT						
		4 ^e ENFANT						

(1) Précisez : Régime général, Régime local, Régime agricole, Régime agricole local, RSI, Étudiant, SNCF, autres.

(2) En cochant la case vous bénéficiez du traitement automatisé de vos feuilles de soins et décomptes soumis à la participation de l'assurance maladie obligatoire (liaison NOÉMIE).

(3) La résiliation est effective à la date d'échéance principale, sauf cas particuliers (précisés dans la notice d'information) pour lesquels il faut joindre un justificatif.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts de la mutuelle, du Document d'Information sur le Produit d'Assurance (DIPA), de la notice d'information des garanties souscrites, du tableau de garanties frais de santé, de la notice d'information de la garantie assistance IMA. Je certifie avoir pris connaissance des dispositions de ces documents et avoir été informé de l'ensemble de mes droits et obligations. Je certifie l'exactitude de l'ensemble des informations renseignées dans le présent document. J'autorise, le cas échéant, mon employeur à prélever sur mon salaire le montant de la part salariale de la cotisation. J'accepte la mise en ligne des données me concernant dans l'espace adhérents du site Internet de la mutuelle. Ces données sont sécurisées et ne sont consultables que par moi-même après identification par mot de passe et code d'accès.

DOCUMENTS À FOURNIR

RIB (ou RIP) de mon compte bancaire pour le virement des prestations.

Copie(s) de mon attestation d'Assuré Social et celle(s) de mes ayants droit

Copie de la carte d'invalidité ou CDAPH (enfants handicapés)

Protection des données personnelles :

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à AÉSIO Mutuelle des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). AÉSIO Mutuelle, responsable du traitement, traite vos données pour l'exécution de votre contrat. Celles-ci seront conservées le temps nécessaire pour répondre à la finalité de traitement. Conformément à la réglementation en vigueur (Règlement général sur la protection des données, dit « RGPD », du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Pour plus d'informations sur vos droits, nous vous invitons à consulter la charte de protection des données à caractère personnel : <https://www.aesio.fr/charte-de-protection-des-donnees/>. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) : soit en envoyant un mail à : aesio.dpo@aesio.fr, soit par courrier à l'adresse suivante : AÉSIO Mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 4 rue du Général Foy - 75008 PARIS. En cas de réclamation relative à vos données à caractère personnel, il vous est possible de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) : www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr), et vous pouvez à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Fait le à

Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

Cachet de l'entreprise et signature du correspondant

Zone réservée
à la mutuelle

Référence unique du mandat (RUM) :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la mutuelle.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

TITULAIRE DU COMPTE BANCAIRE À DÉBITER (Veuillez compléter les champs marqués * en MAJUSCULES)

Nom / Prénoms* :

Numéro et nom de la rue* :

Code postal* : Ville* : Pays* :

COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DÉBITEUR

IBAN

Numéro d'identification international du compte bancaire
IBAN (International Bank Account Number)

BIC
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

COORDONNÉES DU CRÉANCIER

AÉSIO mutuelle
4 rue du Général Foy - 75008 PARIS
Identifiant créancier SEPA (ICS) : **FR29ZZZ004338**

COCHEZ LES CASES POUR DÉFINIR VOS CHOIX

Date de prélèvement souhaitée :	Périodicité souhaitée :	Vos nouvelles coordonnées bancaires concernent :
☐ 5 du mois ☐ 15 du mois	☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Semestrielle ☐ Annuelle	☐ Le prélèvement de vos cotisations ☐ Le prélèvement de vos cotisations et le virement de vos prestations

N'OUBLIEZ PAS DE SIGNER LE MANDAT ET DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)

Fait à :

Le :

Vous acceptez que les prélèvements sur votre compte soient effectués aux dates et pour les montants indiqués sur l'échéancier de votre appel de cotisation.

Signature (obligatoire)

INFORMATIONS RELATIVES AU SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT

Nom / Prénoms du souscripteur du contrat :

Date de naissance : N° de contrat ou n° d'adhérent :

Les informations recueillies par AÉSIO mutuelle dans le présent mandat font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'exécution du contrat. AÉSIO mutuelle est l'unique destinataire des données et responsable du traitement de ces dernières, dont la finalité est le prélèvement des cotisations. Ces données seront conservées le temps nécessaire pour répondre aux finalités des traitements.

Conformément à la réglementation en vigueur vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données, ainsi que du droit de formuler des directives sur le sort de vos données après votre décès. Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter la charte de protection des données à caractère personnel : <https://www.aesio.fr/charte-de-protection-des-donnees/>

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données (DPO) :

• soit en envoyant un mail à : aesio.dpo@aesio.fr

• soit par courrier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle, Délégué à la Protection des Données, 4 rue du Général Foy 75008 PARIS.

RÉSEAU DE SOINS CARTE BLANCHE

Un large choix de professionnels de santé, d'équipements et de prestations, pour des soins de qualité, au juste prix, partout en France.

Pour bénéficier des avantages Carte Blanche, il vous suffit de présenter votre carte de mutuelle aux professionnels partenaires du réseau.



LES AVANTAGES DE MON RÉSEAU DE SOINS



RÉSEAU OPTIQUE

- Plus de **7 700 opticiens partenaires** (soit 3 opticiens sur 5).
- Jusqu'à **40 % de remise*** sur vos verres et **15%*** sur vos lentilles.
- Large choix d'équipements sur plus de **66 000 références** (verres et lentilles).
- **Garanties exclusives** (garantie casse, période d'adaptation...).
- **Prestations de qualité** (entretien, réajustage, contrôle de la vue...).
- **Expertise référencée** (basse vision, vision de l'enfant...).



CARTE BLANCHE-PRYSME

Une offre sans reste à charge (qualité supérieure au 100 % Santé).

- **42 montures exclusives** de 3 marques : 1796, Naf Naf, et Kaporal.
- **Verriers de qualité**, mondialement reconnus.





RÉSEAU DENTAIRE

- Plus de **8 400 chirurgiens-dentistes** partenaires.
- Jusqu'à **15 % de remise*** sur les actes prothétiques et les soins, et jusqu'à **10 % de remise** sur les actes d'implantologie**.
- Prise en charge de certains actes d'implantologie.
- Traçabilité des prothèses.



RÉSEAU BIEN-ÊTRE & PRÉVENTIF

Des prestations de qualité à tarifs maîtrisés chez plus de **1 500 partenaires**.

- 850 ostéopathes.
- 300 diététiciens.
- 400 pédicures-podologues.



RÉSEAU AUDIO

- Plus de **2 400 audioprothésistes** partenaires.
- Jusqu'à **20 % de remise***.
- **Expertise référencée** (Implant cochléaire, enfants...).
- **Prêt d'appareil** (adaptation, dépannage).
- Facilité de paiement.
- **Suivi privilégié** tout au long de l'appareillage.



LES SERVICES DIGITAUX

ACCESSIBLES DEPUIS VOTRE ESPACE ADHÉRENT



Annuaire de géolocalisation
pour trouver les
partenaires proches
de chez vous



Essayage virtuel des
montures de l'offre
Carte Blanche-Prysmé



**Chatbot santé
visuelle**
accessible 24/7



Eval'Audio
Application mobile
pour évaluer votre
audition

MON DEVIS DÉCRYPTÉ

**Comprendre votre devis et évaluer
votre proposition de soins.**



Envoyez une
photo du devis



Recevez votre devis
décrypté et analysé

aesio.fr

* Étude Carte Blanche Partenaires.

** Réseau implantologie accessible à partir d'avril 2021.

AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 Paris - Carte Blanche Partenaires, Société par Actions Simplifiée au capital social de 100 000,00 euros, immatriculée sous le numéro 379 301 518 au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris. Siège social : 26 rue Laffitte 75009 Paris. Document non contractuel à caractère publicitaire - ©GettyImages - Imprimeur : Brailly - 62 route du Millénaire - CS 10034 - 69564 St-Genis-Laval Cedex . Réf. : 21-001-047



LES SERVICES DÉDIÉS À VOS SALARIÉS

Découvrez les autres services et avantages dont peuvent bénéficier vos salariés :



AÉSIO ASSISTANCE

Afin d'accompagner les salariés dans les moments qui peuvent fragiliser leur équilibre de vie, AÉSIO assistance leur propose des solutions d'accompagnement concrètes et pensées pour les salariés et leurs familles :

- Des services pratiques en cas de coups durs ou d'aléas de santé (aide-ménagère, garde d'enfants...),
- Des conseils d'experts : informations sociales, juridiques, soutien psychologique



CONSULTATION MÉDICALE À DISTANCE

Afin d'apporter de la flexibilité à vos salariés qui ont besoin de consulter un médecin, nous leur proposons un service de consultation médicale à distance accessible 24h sur 24 et 7j/7, grâce à notre partenaire MédecinDirect. Ils peuvent ainsi bénéficier d'un conseil, d'un diagnostic médical, d'un avis complémentaire et d'une ordonnance si nécessaire, à portée de clic et sans se déplacer.



LOISIRS / BALNÉO / THALASSO

Parce que nous sommes convaincus que s'offrir une pause détente est indispensable pour le corps et l'esprit, nous avons noué des partenariats avec des professionnels du bien-être.

Vos salariés et leur famille peuvent bénéficier de tarifs préférentiels chez nos partenaires Miléade, Calicéo, Thalazur, Chaîne Thermale du Soleil et Compagnie des Spas.



FONDS DE SOLIDARITÉ

Certaines prestations santé peuvent fragiliser votre budget : le fonds de solidarité peut vous aider à prendre soin de vous et de votre famille via une aide financière ponctuelle afin d'éviter un report de soins nécessaires.

Nos conseillè(re)s action sociale vous accompagnent, vous orientent dans le cadre de votre démarche et présentent votre sollicitation à la commission, composée d'adhérents de la mutuelle comme vous, pour une étude en toute confidentialité et bienveillance.



RECOMMANDATION DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La plateforme Doctome, permet à vos salariés de trouver un praticien de confiance grâce aux recommandations de sa communauté parmi 85 professions médicales et paramédicales référencées.



RÉSEAUX DE SOINS

Des prestations de qualité à tarif maîtrisé chez les professionnels de santé partenaires : opticiens, audioprothésistes...



QUALITÉ :
garanties et services haut de gamme



LIBRE CHOIX :
large éventail de professionnels



TARIFS MAÎTRISÉS :
pour un reste à charge diminué