

# À qui s'adresse la mutuelle Santé de l'Yonne ?

Elle s'adresse à toutes les entreprises et résidents principaux et secondaires de l'Yonne.

**Employeurs & salariés :** une complémentaire santé obligatoire pour les salariés des entreprises agricoles et non agricoles, les associations, ...

**Travailleurs Non Salariés :** une complémentaire santé conforme à la loi Madelin.

**Particuliers :** des offres de complémentaire santé pour toute la famille, qui complètent les remboursements de la Sécurité Sociale pour les frais de santé. Elle s'adresse aux retraités, étudiants, personnes sans activité.

L'adhésion au contrat collectif de complémentaire santé permet de bénéficier de **tarifs inférieurs de 20 à 60 % par rapport aux offres individuelles du marché, tout en profitant d'une meilleure couverture de garanties, et des avantages :**

- > tiers payant
- > pas de questionnaire médical
- > tarif unique actif / retraité quel que soit l'âge
- > pas de délai d'attente pour les remboursements

## Informations pratiques

### Vos interlocuteurs

Les intervenants autour de l'offre de complémentaire santé :

- l'**association d'assuré** a défini les besoins pour le contrat collectif
- l'intermédiaire d'assurance **QAPE** a organisé la sélection de l'offre et gère la souscription des entreprises et résidents du territoire
- le gestionnaire **Hélium** administre la relation client avec les assurés pour les remboursements de frais de santé et les cotisations à la mutuelle
- la Mutuelle **France Unie** porte le risque d'assurance du contrat collectif

### Informations pour souscrire

<http://www.mutuelle-sante-yonne.fr>

📄 formulaire de souscription disponible en mairie

### VOTRE CONTACT COMMERCIAL

@ [gestion@mutuelle-sante-yonne.fr](mailto:gestion@mutuelle-sante-yonne.fr)

✍️ QAPE Immeuble BuroVert - ZA Les Hâtes du Vernoy 89130 TOUCY

☎️ 03 86 45 60 50

# mutuelle SANTÉ de l'Yonne

Une mutuelle santé pour toutes les entreprises et résidents de l'Yonne  
avec des garanties et des remboursements de frais améliorés  
grâce à la mutualisation

Appelez-nous !  
03.86.45.60.50

Ou souscrivez en ligne sur  
[www.mutuelle-sante-yonne.fr](http://www.mutuelle-sante-yonne.fr)



Économisez jusqu'à  
1 000 € par an  
sur votre budget santé

# Formules mutuelle complémentaire santé

## Tarifs mensuels par personne<sup>(1)</sup> année 2017

Plafond de Sécurité Sociale 2017<sup>(2)</sup> : 3.269€

	FORMULE 1		FORMULE 2		FORMULE 3		FORMULE 4		FORMULE 5	
	Initiale		Confort 150		Confort 200		Confort 300		Premium	
	Tarif € <sup>(2)</sup>	Tarif % <sup>(2)</sup>	Tarif €	Tarif %	Tarif €	Tarif %	Tarif €	Tarif %	Tarif €	Tarif %
<b>COTISATION ACTIF</b> <sup>(3)</sup>	27€	0,82 %	40€	1,21 %	65€	1,98 %	100€	3,07 %	137€	4,18 %
<b>COTISATION ENFANT À CHARGE</b> <sup>(4)</sup> gratuité à partir du 3 <sup>ème</sup> enfant	15€	0,45 %	24€	0,73 %	38€	1,15 %	56€	1,73 %	76€	2,31 %
<b>COTISATION RETRAITE</b> <sup>(5)</sup>	40€	1,23 %	60€	1,82 %	97€	2,97 %	151€	4,61 %	205€	6,27 %
<b>ADHÉSION À L'ASSOCIATION PAR CONTRAT</b> (Montant total = 6€uros/an)	0,50€		0,50€		0,50€		0,50€		0,50€	

(1) La tarification inclut 1% de reversement à l'Action sociale de l'Association souscriptrice (Association des professionnels de santé du territoire). (2) Pour que votre pouvoir d'achat suive l'évolution des frais de santé, les cotisations en Euros sont calculées par mois et par personne, en % du Plafond mensuel de la Sécurité Sociale. (3) Actifs : personnes qui n'ont pas liquidé leur pension de retraite des régimes obligatoires. (4) Enfants à charge : enfants de moins de 26 ans, poursuivant leurs études ou à charge fiscalement du souscripteur. Gratuit à partir du 3<sup>e</sup> enfant inclus. (5) Retraités : personnes qui ont liquidé leur pension de retraite des régimes obligatoires et qui ne bénéficient pas des dispositions du cumul emploi-retraite.

## Exemples de remboursements (information non contractuelles)

Dépense : montant non contractuelle, donné à titre indicatif  
Base : montant de base du remboursement Sécurité Sociale

	FORMULE 1		FORMULE 2		FORMULE 3		FORMULE 4		FORMULE 5	
	Initiale		Confort 150		Confort 200		Confort 300		Premium	
	AMO <sup>(6)</sup> + Mutuelle <sup>(7)</sup>	Reste à charge <sup>(8)</sup>	AMO + Mutuelle	Reste à charge	AMO + Mutuelle	Reste à charge	AMO + Mutuelle	Reste à charge	AMO + Mutuelle	Reste à charge
AMO + Mutuelle = Montants maximum des remboursements par formule Reste à charge = dépense moins le montant du remboursement (AMO + Mutuelle)										
<b>Généraliste CAS</b> <sup>(9)</sup> secteur 1 : <b>dépense = 25€</b> [base : 25€] (franchise légale de 1€)	100% 24€	1€	150% 36,50€	1€	200% 49€	1€	300% 74€	1€	400% 99€	1€
<b>Généraliste CAS</b> secteur 2 : <b>dépense = 40€</b> [base : 23€] (franchise légale de 1€)	100% 22€	18€	150% 33,50€	6,50€	200% 45€	1€	300% 68€	1€	400% 91€	1€
<b>Ophthalmologiste CAS</b> : <b>dépense = 80€</b> [base : 30€] (franchise légale de 1€)	100% 29€	51€	150% 44€	36€	200% 59€	21€	300% 89€	1€	400% 119€	1€
<b>Ophthalmologiste non CAS</b> : <b>dépense = 50€</b> [base : 23€] (franchise légale de 1€)	100% 22€	28€	125% 27,75€	22,25€	150% 33,50€	16,50€	200% 45€	5€	200% 45€	5€
<b>Echographie abdominale CAS</b> : <b>dépense = 120€</b> [base : 56,70€] (franchise légale de 1€ si réalisé hors hôpital)	100% 55,70€	64,30€	150% 84,05€	35,95€	200% 112,40€	7,60€	300% 169,1€	1€	400% 225,8€	1€
Soin dentaire, <b>stomatologie</b> : <b>dépense = 60€</b> [base : 28€]	100% 28€	32€	150% 42€	18€	300% 84€	0€	400% 112€	0€	500% 140€	0€
<b>Bridge</b> , prothèse remboursée : <b>dépense = 1.200€</b> [base : 279,50€]	125% 349,38€	850,62€	150% 419,25€	780,75€	300% 838,50€	361,50€	400% 1.118€	82€	500% 1.397,50€	0€
<b>Orthodontie</b> remboursée : <b>dépense = 620€</b> [base : 193,50€]	100% 193,50€	426,50€	150% 290,25€	329,75€	300% 580,50€	39,50€	400% 774€	0€	500% 967,50€	0€
<b>Paire de lunettes</b> : monture + 2 verres multifocaux ou progressifs sphère hors zone -8 à +8 : <b>dépense = 650€</b> [base : 24,54€]	60%+250€ 264,71€	385,29€	60%+400€ 414,71€	235,29€	60%+610€ 624,71€	25,29€	60%+810€ 824,71€	0€	60%+850€ 864,71€	0€
<b>Ostéopathe</b> (2 consultations à 50€ chacune / an) : <b>dépense = 100€</b> [base : 100€]	100€	0€	150€	0€	200€	0€	300€	0€	300€	0€

(6) AMO : Assurance Maladie Obligatoire : CPAM ou autre entité qui gère votre sécurité sociale. (7) Mutuelle Santé de l'Yonne. (8) Ce qui vous reste à payer, remboursements AMO + Mutuelle déduits.

(9) CAS : adhérent au Contrat d'Accès aux Soins, vous retrouverez cette information pour chaque praticien sur le site internet <http://annuairesante.ameli.fr/>

## Demande d'adhésion

Calculez votre tarif pour l'année 2017	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5
	Initiale	Confort 150	Confort 200	Confort 300	Premium
Nombre d'adultes actifs	X 27 € =.....	X 40 € =.....	X 65 € =.....	X 100 € =.....	X 137 € =.....
Nombre d'enfants (gratuit dès le 3ème)	X 15 € =.....	X 24 € =.....	X 38 € =.....	X 56 € =.....	X 76 € =.....
Nombre de retraités	X 40 € =.....	X 60 € =.....	X 97 € =.....	X 151 € =.....	X 205 € =.....
Adhésion à l'Association Santé Cœur de Puisaye (montant par contrat)	0,50 €	0,50 €	0,50 €	0,50 €	0,50 €
<b>Soit la cotisation mensuelle totale pour vous et votre famille :</b>	..... €	..... €	..... €	..... €	..... €

M  M<sup>me</sup> Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Si professionnel ou entreprise : N°Siret : .....

et raison sociale : .....  Travailleur indépendant

Adresse : .....

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : ..... Téléphone : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Mail : .....@.....

Je donne mandat à QAPE pour procéder en mon nom aux démarches de résiliation de la mutuelle complémentaire santé en cours, dont les coordonnées sont :

N° de contrat : .....

Date d'échéance (si connue) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Je souhaite résilier mon ancienne mutuelle si possible sans attendre l'échéance

Nom de l'assureur : ..... Téléphone : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse de l'assureur pour la résiliation : .....

Je souhaite bénéficier de la télétransmission de mes décomptes avec la sécurité sociale

## Personne à assurer

	Nom & Prénom	Date de naissance	N° de sécurité sociale
<b>Vous</b>		___ / ___ / _____	
<b>Votre conjoint(e)</b>		___ / ___ / _____	
<b>Vos enfants</b>		___ / ___ / _____	
		___ / ___ / _____	
		___ / ___ / _____	
		___ / ___ / _____	
		___ / ___ / _____	

**Date de démarrage de contrat : .... / .... / 20....**

(il n'est pas nécessaire d'attendre la date d'échéance de votre mutuelle en cours)

## Documents à joindre :

- Attestation sécurité sociale pour vous et votre famille
- RIB pour le paiement des cotisations (le prélèvement sera fait par Hélim)
- RIB pour le remboursement des prestations (si différent)

Votre signature :

	Formule 1 INITIALE	Formule 2 CONFORT 150	Formule 3 CONFORT 200	Formule 4 CONFORT 300	Formule 5 PREMIUM
	A.M.O.+mutuelle	A.M.O.+mutuelle	A.M.O.+mutuelle	A.M.O.+mutuelle	A.M.O.+mutuelle
<b>MÉDECINE</b>					
Honoraires médicaux <b>Généralistes</b> ~ Praticien Signataire OPTAM/OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Honoraires médicaux <b>Généralistes</b> ~ Praticien Non signataire OPTAM/OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Honoraires médicaux <b>Spécialistes</b> ~ Praticien Signataire OPTAM/OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Honoraires médicaux <b>Spécialistes</b> ~ Praticien Non signataire OPTAM/OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Actes de spécialité ~ Praticien Signataire OPTAM/OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Actes de spécialité ~ Praticien Non Signataire OPTAM/OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Échographie, radiologie ~ Praticien Signataire OPTAM/OPTAM CO	100%	150%	200%	300%	400%
Échographie, radiologie ~ Praticien Non Signataire OPTAM/OPTAM CO	100%	125%	150%	200%	200%
Auxiliaires médicaux	100%	150%	200%	300%	300%
Analyses (Dont Biologie)	100%	150%	200%	300%	300%
<b>HOSPITALISATION ET HOSPITALISATION À DOMICILE <sup>(1)</sup></b>					
Frais de séjour	100%	150%	300%	400%	500%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Signataire OPTAM/OPTAM CO	150%	150%	200%	300%	400%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Non Signataire OPTAM/OPTAM CO	125%	125%	150%	200%	200%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) ~ Par jour % PMSS	0%	1%	1%	1%	2%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) ~ Par jour, soit en Euros	0€	33€	33€	33€	65€
Chambre particulière <sup>(2)</sup> ~ Par jour en % du PMSS	1%	2%	3%	5%	6%
Chambre particulière <sup>(2)</sup> ~ Par jour, soit en Euros	33€	65€	98€	163€	196€
Forfait journalier sans limitation de durée <sup>(3)</sup>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption <sup>(4)</sup> en % PMSS	5%	7%	9%	15%	20%
Prestation maternité / adoption <sup>(4)</sup> soit en Euros	163€	229€	294€	490€	654€
<b>DENTAIRE</b>					
Soins dentaires	100%	150%	300%	400%	500%
Prothèses remboursées par l'AMO <sup>(5)</sup>	125%	150%	300%	400%	500%
Inlay / Onlay remboursés par l'AMO	125%	150%	300%	400%	500%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	150%	300%	400%	500%
Orthodontie non remboursée par l'AMO <sup>(5)</sup>	387€	580€	1 161€	1 548€	1 935€
Dentaire non remboursé par l'AMO <sup>(5)</sup> (Prothèses et implants non remb. AMO, limité à 3 actes/an/bénéficiaire)	135€	160€	320€	430€	540€
Plafond par an / Bénéficiaire pour les prothèses dentaires remboursées <sup>(5)</sup>	805€	1 126€	1 448€	2 091€	3 218€
<b>OPTIQUE</b>					
Monture, Verres, Lentilles remboursés par l'AMO (remboursement AMO)	60%	60%	60%	60%	60%
<b>Forfait en complément de l'AMO : Un ÉQUIPEMENT ADULTE (1 monture + 2 verres) tous les deux ans<sup>(6)</sup> ÉQUIPEMENT ENFANT (1 monture + 2 verres) Forfait annuel<sup>(6)</sup></b>					
Forfait <b>Monture</b>	50€	100€	150€	150€	150€
Forfait <b>par Verre unifocal simple et moyenne correction</b>	25€	100€	150€	160€	160€
Forfait <b>par Verre unifocal forte correction</b>	75€	125€	200€	275€	300€
Forfait <b>par Verre multifocal faible correction</b>	75€	125€	200€	275€	300€
Forfait <b>par Verre multifocal forte correction</b>	100€	150€	230€	330€	350€
<b>Pour ADULTES et ENFANTS</b>					
<b>Lentilles</b> remboursées ou non par l'AMO ~ Crédit annuel	100€	150€	250€	300€	450€
Opérations des yeux (chirurgie réfractive) ~ Par œil	100€	150€	250€	300€	450€
<b>TRANSPORT</b>					
Transport	100%	100%	100%	300%	300%
<b>APPAREILLAGES, PRODUITS ET PRESTATIONS PRESCRITS (LPP)</b>					
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	100%	200%	300%	400%	500%
Prothèses auditives (achat appareil) ~ Par oreille	100%	200%	300%	400%	500%
Autres prothèses	100%	200%	300%	400%	500%
Appareillages	100%	200%	300%	400%	500%
<b>PHARMACIE</b>					
Pharmacie remboursée par l'AMO	100%	100%	100%	100%	100%
<b>CURES THERMALES</b>					
Forfait cure	100%	100%	100%	100%	100%
Surveillance médicale	100%	100%	100%	100%	100%
Hébergement, hydrothérapie	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) en % du PMSS	5%	7%	9%	15%	20%
Forfait complémentaire (dans la limite des frais réels) soit forfait en €	163€	229€	294€	490€	654€
<b>PRÉVENTION</b>					
Ensemble des actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (Liste disponible auprès de la mutuelle)	100%	100%	100%	100%	100%
<b>PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES</b>					
Garantie Assistance	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Avantage réseau de soin	Carte Blanche	Carte Blanche	Carte Blanche	Carte Blanche	Carte Blanche
Protection juridique santé	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Santé connectée prescrite	100€	150€	250€	350€	450€
Crédit par an et par bénéficiaire pour : <b>MÉDECINE PRESCRITE NON REMBOURSEE PAR L'AMO</b> : Examens, Analyses, Radios, Vaccins prescrits non remboursés, Médicaments prescrits non remboursés, et tous autres actes prescrits. <b>MÉDECINE DOUCE</b> : Sevrage tabagique, Nutritionniste, Diététicien, Etiopathe, Ostéopathe, Chiropraticien, Acupuncteur, Podologue, Homéopathe, Réflexologue, Naturopathe, et tous autres actes prescrits.	100€	150€	200€	300€	300€
<b>DÉCÈS<sup>(7)</sup></b>					
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus en % PMSS	100%	100%	100%	100%	100%
Soit en euros	3269€	3269€	3269€	3269€	3269€

(1) Les séjours en EHPAD (Établissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus. (2) La durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée en Chirurgie, Médecine et Maternité. La chambre particulière est limitée à une prise en charge de 90 jours par an en psychiatrie ou dans les autres établissements spécialisés (de repos, de réadaptation, de convalescence). En clinique non conventionnée (hors psychiatrie et autres établissements spécialisés) la participation est limitée à 45€ par jour. (3) Le forfait journalier est sans limitation de durée.

Il ne s'applique pas aux unités et centre de soin de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillants les personnes (4) Si l'inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption. (5) Dentaire : Plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO et le dentaire non remboursé par l'AMO. Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (AMO+Mutuelle) (6) Optique : Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans (années civiles) sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas 1 année civile). (7) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660.

**LEXIQUE AMO** : Assurance Maladie Obligatoire / **BR** : Base de Remboursement de la sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / **TM** : Ticket modérateur / **OPTAM / OPTAM CO** : Convention médicale qui régit les relations entre les médecins libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie (a remplacé au 01/01/2017 le CAS, Contrat d'Accès aux Soins). Forfait de 18 € / acte pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par la mutuelle. Les prestations en Euros sont accordées par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées. Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale. Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.