



# CAP' Plénitude Santé

## CAP' Plénitude Santé, c'est...

### + DE BIEN-ÊTRE

- Forfait acupuncture, ostéopathie, chiropraxie et homéopathie
- Pédicure - podologue
- Frais des soins de cure thermale (hors hébergement et frais de transport)

### + DE PRÉVENTION

- Prise en charge des vaccins non remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie
- Aide à l'arrêt du tabac
- Remboursement des préservatifs féminins et masculins

### + D'AVANTAGES

- Cotisation réduite pour votre couple si votre conjoint souscrit
- Cotisation gratuite pour le 3ème enfant et les suivants
- Accès au réseau de soins Kalivia et à ses nombreux avantages dont des tarifs préférentiels en optique et audioprothèse

### + DE PROTECTION

- Assistance complète en cas d'accident ou maladie soudaine (aide-ménagère, garde d'enfants,...)
- Capital obsèques de 200 € à 1 000 €
- Exonération des cotisations en cas de décès du membre participant aux bénéficiaires survivants

### + DE CONFORT

- Simple, rapide, gratuit... Avec NOEMIE, le système de télétransmission entre la Sécurité sociale et Avenir Mutuelle, vous êtes remboursés en 48 heures
- Avec le tiers payant, ne faites plus l'avance de vos frais de santé !
- Dans votre espace adhérent, accédez en ligne à toutes les informations sur vos contrats et à de nombreux services personnalisés

### + D'ACCESSIBILITE

- Pas d'examen médical, ni de questionnaire de santé
- Des niveaux de garanties accessibles à tous
- Des valeurs d'entraide et de solidarité au travers d'initiatives telles que le fonds d'action sociale

... + de Plénitude !



### SUR MESURE

De la prise en charge des soins essentiels à la couverture santé la plus complète, CAP'plénitude\* santé, c'est 7 niveaux de garanties différents pour répondre aux besoins essentiels comme à ceux des plus exigeants.

# CAP' Plénitude Santé

	CAP SECURITE	CAP 100	CAP 130	CAP 160	CAP 200	CAP 300	CAP 400
<b>HOSPITALISATION - SECTEUR CONVENTIONNE</b>							
Frais de séjour	100% B.R.	100% B.R.	130% B.R.	160% B.R.	200% B.R.	300% B.R.	400% B.R.
Honoraires (actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, actes d'imagerie médicale, d'échographie, actes techniques médicaux) d'un praticien signataire du CAS	100% B.R.	100% B.R.	130% B.R.	160% B.R.	200% B.R.	300% B.R.	400% B.R.
Honoraires (actes de chirurgie, d'obstétrique, d'anesthésie, actes d'imagerie médicale, d'échographie, actes techniques médicaux) d'un praticien non signataire du CAS	100% B.R.	100% B.R.	110% B.R.	140% B.R.	180% B.R.	225% B.R.	225% B.R.
Forfait hospitalier journalier illimité	FR	FR	FR	FR	FR	FR	FR
Chambre particulière/par nuitée (Cf. descriptif de garanties)	25 €	30 €	40 €	50 €	70 €	70 €	70 €
Lit d'accompagnant enfant moins de 12 ans (par nuit)	5 €	8 €	10 €	15 €	20 €	20 €	20 €
Transport remboursé par le régime obligatoire d'Assurance maladie	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
<b>ACTES MEDICAUX - SECTEUR CONVENTIONNE</b>							
Consultations et visites généralistes par un praticien signataire du CAS	100% B.R.	100% B.R.	130% B.R.	160% B.R.	200% B.R.	300% B.R.	400% B.R.
Consultations et visites généralistes par un praticien non signataire du CAS	100% B.R.	100% B.R.	110% B.R.	140% B.R.	180% B.R.	225% B.R.	225% B.R.
Consultations et visites spécialistes hors psychiatrie par un praticien signataire du CAS	-	100% B.R.	130% B.R.	160% B.R.	200% B.R.	300% B.R.	400% B.R.
Consultations et visites spécialistes hors psychiatrie par un praticien non signataire du CAS	-	100% B.R.	110% B.R.	140% B.R.	180% B.R.	225% B.R.	225% B.R.
Consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres signataires du CAS	-	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Supplément dépassement d'honoraires consultations et visites de psychiatres et neuropsychiatres signataires du CAS - limité à 12/an	-	-	30% B.R.	60% B.R.	100% B.R.	200% B.R.	300% B.R.
Supplément dépassement d'honoraires consultations et visites de psychiatres et neuropsychiatres non signataires du CAS - limité à 12/an	-	-	10% B.R.	40% B.R.	80% B.R.	125% B.R.	125% B.R.
Actes de chirurgie, d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie, actes techniques médicaux par un praticien signataire du CAS	-	100% B.R.	130% B.R.	160% B.R.	200% B.R.	300% B.R.	400% B.R.
Actes de chirurgie, d'imagerie médicale, d'échographie, d'obstétrique, d'anesthésie, actes techniques médicaux par un praticien non signataire du CAS	-	100% B.R.	110% B.R.	140% B.R.	180% B.R.	225% B.R.	225% B.R.
Auxiliaires médicaux, analyses médicales	-	100% B.R.	130% B.R.	160% B.R.	200% B.R.	300% B.R.	400% B.R.
<b>PHARMACIE</b>							
Pharmacie remboursée par le régime obligatoire d'Assurance maladie : médicaments, vaccins	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
<b>DENTAIRE - SECTEUR CONVENTIONNE</b>							
Soins dentaires	100% B.R.	100% B.R.	130% B.R.	160% B.R.	200% B.R.	300% B.R.	400% B.R.
Inlay Onlay/ Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire d'Assurance maladie / Inlay Core	-	100% B.R.	130% B.R.	160% B.R.	200% B.R.	300% B.R.	400% B.R.
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance maladie	-	-	-	160 €	200 €	300 €	400 €
Implantologie	-	-	-	160 €	200 €	300 €	400 €
Plafond annuel par bénéficiaire la 1 <sup>ère</sup> année (2)	-	-	-	600 €	700 €	800 €	1000 €
Plafond annuel par bénéficiaire les 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> années (2)	-	-	-	700 €	800 €	1000 €	1300 €
Plafond annuel par bénéficiaire la 4 <sup>ème</sup> année et les suivantes (2)	-	-	-	800 €	900 €	1200 €	1500 €
<b>ORTHOPEDIE - APPAREILLAGE - PROTHESES</b>							
Accessoires - Orthopédie - Prothèses auditives - Petit et grand appareillage	-	100% B.R.	130% B.R.	160% B.R.	200% B.R.	300% B.R.	400% B.R.
Plafond annuel par bénéficiaire	-	-	-	500 €	600 €	700 €	800 €
<b>OPTIQUE</b>							
Montures, lentilles et verres remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie	-	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
Équipement monture + 2 verres (3)	-	130 €	200 €	200 €	250 €	350 €	450 €
Lentilles remboursées ou non remboursées par le régime obligatoire d'Assurance maladie y compris lentilles de vue jetables et chirurgie réfractive des yeux	-	50 € (1)	100 € (1)	100 € (1)	150 € (1)	200 € (1)	250 € (1)
<b>CURE THERMALE</b>							
Frais de cure remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie	-	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.	100% B.R.
<b>BIEN-ETRE</b>							
Acupuncture, ostéopathie, chiropraxie, homéopathie	-	30 € (1)	40 € (1)	50 € (1)	75 € (1)	100 € (1)	150 € (1)
<b>ACTES MEDICAUX FEMININS</b>							
Fécondation In Vitro, amniocentèse, moyens de contraception, péridurale non remboursée par la Sécurité sociale	-	30 € (1)	40 € (1)	50 € (1)	75 € (1)	100 € (1)	150 € (1)
<b>PREVENTION</b>							
Vaccins non remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie, densitométrie osseuse, sevrage tabagique, préservatifs masculins et féminins, pédicure, podologue, parodontologie	-	30 € (1)	40 € (1)	50 € (1)	75 € (1)	100 € (1)	150 € (1)
<b>ALLOCATION DECES</b>							
	-	200 €	200 €	300 €	500 €	700 €	1000 €
<b>EXONERATION DES COTISATIONS EN CAS DE DECES</b>							
	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>ASSISTANCE</b>							
Prestations garanties par Ressources Mutuelles Assistance (Cf. notice d'information Assistance)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>RESEAU DE SOINS KALIVIA</b>							
Accès au réseau de soins Kalivia avec ses avantages en optique et audioprothèse	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

CAS : Contrat d'Accès aux Soins

BR : Base de Remboursement de l'Assurance maladie

FR : Frais Réels

(1) Les remboursements exprimés en € s'entendent par an et par bénéficiaire, et sur présentation de la facture acquittée (dans la limite des frais engagés).

(2) Le ticket modérateur reste pris en charge si le plafond est atteint.

(3) Prise en charge de l'équipement optique (monture + verres) limitée à un renouvellement tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : renouvellement annuel. Le remboursement de la monture est limité à 150 €.

Maximum de 470€ pour un équipement verres simples conformément aux dispositions du contrat responsable.

\* Prise en charge de la participation assuré transitoire (18€) sur les actes médicaux supérieurs à 120€.

## DESCRIPTIF DES GARANTIES

### (OPTIONS CAP SECURITE, CAP 100, CAP 130, CAP 160, CAP 200, CAP 300, CAP 400)

Le présent descriptif de garanties complète le règlement mutualiste santé Avenir Mutuelle. En cas de désaccord entre celui-ci et le règlement mutualiste santé, le règlement mutualiste santé prévaut. Les prestations décrites dans le tableau de garanties incluent le remboursement des régimes obligatoires français d'Assurance maladie (sauf pour certains montants exprimés en euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par Avenir Mutuelle.

Les options CAP 130 à CAP 400 prennent en compte le dispositif des "contrats responsables" prévu par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 modifiée et les décrets d'application n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatifs au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Dans le cadre du dispositif des "contrats responsables", Avenir Mutuelle ne prend pas en charge les participations forfaitaires à la charge de l'assuré et les minorations du remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie mentionnées à l'article 15 du règlement mutualiste santé.

Pour tous les actes non conventionnés, le remboursement est limité au paiement du ticket modérateur calculé sur la base du tarif d'autorité. En cas d'hospitalisation, pour les cliniques et hôpitaux non conventionnés, la participation est limitée au paiement du forfait hospitalier et de la chambre particulière. Le forfait hospitalier est pris en charge dans sa totalité par la mutuelle, pour une durée illimitée, dans les conditions définies ci-après.

## Hospitalisation

**A l'exclusion, pour l'ensemble des postes, des unités ou centres de soins longue durée et des établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées ou établissements pour personnes âgées notamment).**

**Pour les frais de séjour**, prise en charge en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés.

**Le forfait hospitalier** facturé par les établissements de santé est pris en charge dans sa totalité par la mutuelle pour une durée illimitée. -

**La chambre particulière** est prise en charge aux frais réels dans la limite du tarif de convention de la mutualité pour les établissements conventionnés et du montant indiqué au tableau de garanties à défaut de convention, pour une durée par an\* et par bénéficiaire, respectivement de 30 jours la 1<sup>ère</sup> année, de 60 jours la 2<sup>ème</sup> année et de 90 jours la 3<sup>ème</sup> année et les suivantes.

**La nuitée** s'entend pour un séjour comportant au moins une nuit de 22h00 à 6h00.

**Le lit de l'accompagnant** est pris en charge pour une durée de 30 jours par an\* et par bénéficiaire. Uniquement sur facture de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans.

**Les frais de location de télévision :**

En plus des prestations d'assistance, Avenir Mutuelle vous propose, si vous êtes hospitalisé plus de 24 heures et si vous souhaitez louer un téléviseur dans votre chambre, la prise en charge des frais de location de celui-ci pour une durée maximale de 30 jours.

Les demandes de remboursement doivent être adressées au plus tard dans les 2 mois suivant l'hospitalisation à Ressources Mutuelles Assistance - Frais TV - 46 rue du Moulin / BP 62127 / 44121 VERTOU Cedex, accompagnées de :

\_ l'original de la facture ou du justificatif de la location du téléviseur,

\_ la copie du bulletin d'hospitalisation,

\_ la copie de votre carte d'adhérent mutualiste.

## Actes médicaux

**Les visites avec déplacements non médicalement justifiées** sont prises en charge à 100% du tarif de convention.

**Les dépassements d'honoraires, consultations et visites de psychiatres, neuropsychiatres et assimilés** sont limités à 12 remboursements par an\* et par bénéficiaire.

## Dentaire

**Pour l'orthodontie refusée**, un montant par semestre\* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel\*. Sur la base du refus du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, la participation de la mutuelle s'effectue au regard d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix du traitement.

**Pour l'implantologie**, le montant par an\*, par bénéficiaire et par implant et dans la limite du plafond annuel\*. Notre remboursement s'effectue sur la base du refus du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque implant.

**Le plafond annuel\*** s'applique aux prothèses dentaires, à l'orthodontie et à l'implantologie. La mutuelle continue à rembourser le ticket modérateur malgré le dépassement du plafond.

## Optique

Prise en charge de l'équipement optique (1 monture + 2 verres) limitée à un renouvellement tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : renouvellement annuel.

La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 €.

Pour les lentilles jetables, la facture acquittée doit préciser leur nomenclature exacte et être accompagnée de la prescription médicale.

Equipement verres simples : Verres unifocaux dont la sphère est entre -6.00/+6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00

## Bien-être

**Les montants s'entendent par an\* et par bénéficiaire** sur justificatif, avec ou sans participation du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.

**Les actes d'acupuncture, d'ostéopathie et de chiropractie** doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

## Actes médicaux féminins

**Les montants s'entendent par an\* et par bénéficiaire.** Les actes doivent être médicalement prescrits, sur justificatif, avec ou sans participation du Régime Obligatoire d'Assurance maladie. La contraception couvre les moyens suivants : le stérilet, les pilules, le patch.

## Prévention

La mutuelle, dans le cadre des contrats responsables, prend en charge le remboursement d'au moins deux actes de prévention mentionnés dans la liste officielle des actes de prévention établie selon l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

## Exonération des cotisations en cas de décès

**En cas de décès ou suite à un accident ou à une maladie du membre participant** quel que soit son âge, le conjoint ou en l'absence de conjoint, son ou ses ayants droit inscrits à ce régime à la date du décès bénéficient d'une exonération du paiement de la cotisation pendant une durée de six (6) mois à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant celui du décès.

## Lexique

Les pourcentages indiqués dans le tableau des garanties sont appliqués aux tarifs fixés par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie en vigueur

(BR = base de remboursement, TC = tarif de convention, TR = tarif de responsabilité, TFR = tarif forfaitaire de responsabilité, RO = Régime Obligatoire d'assurance maladie, CAS = contrat d'accès aux soins).

Toute évolution des règles de remboursement des Régimes Obligatoires Français d'Assurance Maladie (CCAM, tarification à l'activité, baisse de remboursement) pourra entraîner des modifications des prestations de la mutuelle.

## \* Limite des garanties

La limite annuelle, pour toutes les prestations, s'entend par année civile, c'est-à-dire la période comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre de chaque année ou lors de la primo adhésion entre la date de prise d'effet de la garantie et le 31 décembre de l'année.



Siège social : Avenir Mutuelle  
173 rue de Bercy - 75012 PARIS  
Mutuelle soumise aux dispositions du  
livre II du Code de la Mutualité. SIREN N°  
302 976 592