

TABLEAU DE COTISATION MUTUELLE 2025

COMPOSITION FAMILIALE	COTISATION MENSUELLE BASE OBLIGATOIRE (prélevée sur le bulletin de salaire)	COTISATION MENSUELLE AYANTS DROITS FACULTATIFS (prélevée sur le compte bancaire du salarié)	COTISATION MENSUELLE OPTION FACULTATIVE (prélevée sur le compte bancaire du salarié)
SALARIE	22.41 euros		+ 29.64 euros
CONJOINT		56.02 euros	+ 29.64 euros
ENFANT* (gratuité à partir du 3 ^{ème} enfant)		35.88 euros	+ 15.72 euros



STE L ENVOL - PROJET 002

Vos prestations santé

	GARANTIE BASE	GARANTIE OPTIONNELLE
	****	Option 1 en complément de la BASE
Hospitalisation (y compris maternité)		
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	-
Frais de séjour en secteur conventionné en hospitalisation médicale et chirurgicale	100 % Frais réels	-
Soins, honoraires médicaux ou chirurgicaux médecins signataires OPTAM-OPTAMCO	160 % BRSS	+140 % BRSS
Soins, honoraires médicaux ou chirurgicaux médecins non signataires OPTAM-OPTAMCO (1)	140 % BRSS	+60 % BRSS
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) y compris analyses et examens de laboratoire	100 % BRSS	+100 % BRSS
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé à l'hôpital	Frais réels	-
Chambre particulière		
Durée illimitée, sauf :		
- séjour psychiatrie, repos, convalescence - limitée à 30 jours par an	50 € / jour	+ 40 euros/jour
- séjour maladie, rééducation - limitée à 90 jours par an		
Chambre particulière en ambulatoire	30 € / jour	+ 20 Euros/jour
Frais d'accompagnant - limité à 30 jours par an et par bénéficiaire	20 € / jour	+ 10 Euros/jour
Frais de transport liés à l'hospitalisation	100 % BRSS	-
Soins courants (y compris soins externes)		
Honoraires médicaux		
Visites et consultations médecins généralistes signataires OPTAM-OPTAMCO (2)	100 % BRSS	+50 % BRSS
Visites et consultations médecins généralistes non signataires OPTAM-OPTAMCO (1) (2)	100 % BRSS	+30 % BRSS
Visites et consultations médecins spécialistes signataires OPTAM-OPTAMCO (2)	160 % BRSS	+90 % BRSS
Visites et consultations médecins spécialistes non signataires OPTAM-OPTAMCO (1) (2)	140 % BRSS	+60 % BRSS
Actes techniques médicaux		
Médecins spécialistes signataires OPTAM-OPTAMCO	160 % BRSS	+90 % BRSS
Médecins spécialistes non signataires OPTAM-OPTAMCO (1)	140 % BRSS	+60 % BRSS
Actes d'imagerie médicale, radiologie et échographie		
Médecins signataires OPTAM-OPTAMCO	100 % BRSS	+100 % BRSS
Médecins non signataires OPTAM-OPTAMCO (1)	100 % BRSS	+80 % BRSS
Prise en charge de la franchise pour tout acte supérieur à 120 €, réalisé en cabinet	Frais réels	-
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	100 % BRSS	+100 % BRSS
Analyses et examens de laboratoire	100 % BRSS	-
Médicaments remboursés à 15, 30 ou 65 % par la Sécurité sociale	100%	-
Automédication (médicaments sans prescription médicale, hors parapharmacie)		
Pharmacie non remboursée (médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, hors parapharmacie, vaccins et contraception)	20 Euros	+30 Euros
(voir règlement mutualiste) – Forfait annuel par bénéficiaire		
Frais de transport hors hospitalisation	100 % BRSS	-
Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale dont orthopédie, petit et grand appareillage et prothèses autres que dentaires et auditives.	100 % BRSS	+100% BRSS
Dentaire		
Soins et prothèses 100 % Santé*	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Soins et prothèses dentaires		
Autres soins et prothèses dentaires (hors 100 % Santé) – Panier reste à charge maîtrisé et panier libre (3) :		
Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale	100 % BRSS	-
Inlay-Onlay remboursé par la Sécurité sociale	300 % BRSS	+50 % BRSS
Prothèses dentaires fixes et amovibles et couronnes dentaires transitoires remboursées par la Sécurité sociale	300 % BRSS	+100 % BRSS
Acte de réparation ou de supplément de prothèse remboursé par la Sécurité sociale	300 % BRSS	+100 % BRSS
Inlay-core remboursé par la Sécurité sociale	200 % BRSS	+50 % BRSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	300 % BRSS	+100 % BRSS
Forfait implantologie	300 Euros/an /bénéficiaire	+ 200 Euros/an/bénéficiaire
Orthodontie- Parodontie- Endodontie - Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale - Forfait annuel par bénéficiaire et pour l'ensemble des thérapies.(4)	200 Euros /an/bénéficiaire	+ 200 Euros/an/ bénéficiaire
Optique (5)		
Equipements 100 % Santé*		
Monture – classe A		
Verres – classe A	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Prestation d'adaptation – classe A		
Prestation d'appairage – classe A		
Equipements à tarif libre (hors 100 % Santé) – Forfait sur 2 ans par bénéficiaire :	Grille optique ci-après	Grille optique ci-après
Monture – classe B	50 €	+50€
Verre simple – classe B (montant par verre)	25 €	+40€
Verre complexe – classe B (montant par verre)	100 €	+100€
Verre très complexe – classe B (montant par verre)	100 €	+200€
Prestation d'adaptation – classe B	100%	-
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale y compris jetables - Forfait annuel par bénéficiaire	100 % BRSS + 100 euros	+ 150 Euros
Chirurgie réfractive - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	-	400 Euros
Aides auditives (6)		
Equipements 100 % Santé*		
Aide auditive - classe I	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Equipements à tarif libre (hors 100 % Santé) - classe II, par oreille – dans la limite de 1700 €	100 % BRSS	+ 100 Euros
Accessoires, entretien, piles remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%
Prévention et Bien-être		
Consultation en médecines douces : Acupuncture, Chiropractie, Diététique, Etiopathie, Homéopathie, Naturopathie, Ostéopathie, Pédiurie, Podologie, Psychologie, Psychomotricité, Sophrologie	70 €	+ 70 Euros
(voir règlement mutualiste) - Forfait global annuel pour l'ensemble de ces thérapies par bénéficiaire		
Prise en charge des actes de prévention acceptés par la Sécurité sociale	100%	-
Les +		
Garantie ASSISTANCE en vigueur (7)	OUI	-
Accès à la téléconsultation (8)	OUI	OUI
Réseau de soins Santéclair (9)	OUI	OUI
Accès à la pratique du tiers payant	OUI	-

POUR FINALISER VOTRE INSCRIPTION

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE AU DOSSIER

- La photocopie de votre pièce d'identité,
- La photocopie de l'attestation de la Sécurité Sociale datant de moins de 3 mois,
- Votre Relevé d'Identité Bancaire.

Si vous êtes concerné :

- Le mandat de prélèvement SEPA complété et signé (pour le règlement des options facultatives et / ou la cotisation au titre de vos ayants-droit facultatifs sauf exception comme indiquée dans la notice d'information),
- La photocopie de l'attestation de la Sécurité Sociale de vos ayants droit de moins de 3 mois,
- Les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans ou tout document justifiant de leur situation,
- L'attestation de PACS, votre certificat de concubinage ou une attestation sur l'honneur.

Merci de nous retourner ce bulletin daté, signé et accompagné des pièces justificatives à :

MUTUELLES DU SOLEIL
Service Souscriptions Collectives
36-36 bis Avenue Maréchal Foch - CS 91296
06005 Nice Cedex 1

hl_souscriptionscollectives@mutuellesdusoleil.fr

www.mutuellesdusoleil.fr

Informatique et Libertés - Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles

Les informations recueillies par Mutuelles du Soleil Livre II, dans ce document, sont nécessaires pour l'enregistrement de mon adhésion, le paiement de mes cotisations et le versement de mes prestations.

Je certifie l'exactitude des renseignements saisis lors de ces échanges pré contractuels.

Dans le cadre de mon adhésion, Mutuelles du Soleil a besoin de traiter vos données personnelles, on vous explique :

Pourquoi faire ? : Pour que Mutuelles du Soleil puisse répondre aux opérations de transmission des informations et de traitement de mes demandes de couvertures aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des adhésions au contrat d'assurance.

Base légale du traitement : Obligation légale

Qui peut accéder à mes données ? : Mutuelles du Soleil ne vend aucune donnée personnelle à des tiers. Mutuelles du Soleil ne partage mes données que lorsque cela est nécessaire pour pouvoir assurer ses missions :

- Avec ses employés dans les différents services.
- Avec des prestataires de services tiers qui aident Mutuelles du Soleil à réaliser sa mission,

Mes données sont conservées conformément aux durées de conservation légale applicables. Elles sont conservées dans des conditions propres à en assurer leur sécurité. Mes données personnelles m'appartiennent et j'ai des droits :

- Je peux accéder à mes données
- Je peux demander qu'elles soient rectifiées
- Je peux demander à ce qu'elles soient supprimées
- Je peux retirer à tout moment mon consentement sur le démarchage
 - Pour faire valoir mes droits j'écris au Délégué à la Protection des Données de Mutuelles du Soleil Livre II à l'adresse suivante : dpo.livre2@mutuellesdusoleil.fr ou par voie postale au 36-36 bis avenue Maréchal Foch, CS 91296, 06005 Nice Cedex 1.
 - Si besoin j'ai également le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

J'accepte de recevoir des offres commerciales Mutuelles du Soleil par email/sms.

J'accepte de recevoir des offres de partenaires à Mutuelles du Soleil par email/sms.

Je m'oppose à ce que mes coordonnées postales et mon numéro de téléphone soient utilisés pour recevoir des offres.

Vente à distance et uniquement dans le cas d'une signature hors établissement

Je souhaite renoncer à mon droit de rétractation de quatorze (14) jours conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité et demande l'exécution immédiate de mon contrat de complémentaire santé avant l'expiration de ce délai légal.

En signant ce formulaire :

- Je déclare toutes les informations fournies exactes et sincères.

- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information du contrat Frais de Santé et de ses annexes remis par mon employeur.

- J'accepte expressément par la présente de recevoir de Mutuelles du Soleil des informations relatives à mon contrat (le numéro de téléphone et l'adresse email servira pour toute correspondance avec Mutuelles du Soleil, pour la bonne gestion de votre contrat).

- J'accepte que les données relatives à ma santé, dont le traitement est obligatoire en vue de mon adhésion, soient collectées par Mutuelles du Soleil pour les finalités de passation, gestion et exécution du contrat, et fassent l'objet d'une gestion interne à ces fins par Mutuelles du Soleil, ses délégations et ses réassureurs éventuels dans le respect de la réglementation applicable.

- Je m'engage à restituer sans délai ma carte de tiers payant en cours de validité, si je venais à quitter le groupe assuré ainsi qu'à rembourser toute somme indûment avancée sur mon compte.

Fait à : _____

Signature de l'assuré, précédée de la mention «Bon pour accord» :

Le : ____ / ____ / ____

Informations légales

Obligations légales d'informations sur nos contrats santé

Notre Ratio Prestations versées / Cotisation HT est de 79.70 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par Mutuelles du Soleil Livre II au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Notre Ratio Frais de gestion / Cotisation HT est de 24.23 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par Mutuelles du Soleil Livre II au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à Mutuelles du Soleil Livre II dans le respect des garanties contractuelles.

Droit de rétractation en cas d'adhésion à distance uniquement (contrat facultatif uniquement)

Nous vous rappelons que, conformément à l'article L221-18 du code de la Mutualité, toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où le contrat a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions et les informations relatives au présent contrat, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a) ;

Toutefois, en ce qui concerne les opérations mentionnées à l'article L. 111-1 (b du 1° du I), le délai précité est porté à 30 jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions et les informations relatives au présent contrat, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

Si vous n'avez pas renoncé à votre droit de rétractation, pour exercer ce droit, vous pouvez utiliser le formulaire suivant :

Modèle de formulaire de rétractation (Veuillez compléter et renvoyer le présent formulaire uniquement si vous souhaitez vous rétracter du présent contrat.) À l'attention de Mutuelles du Soleil Livre II, Service Relation Clients, 36/36 bis avenue Maréchal Foch - CS 91296 06005 Nice Cedex 1 :
Je / nous (*) vous notifie / notifions (*) par la présente ma / notre (*) rétractation du présent contrat portant sur la(les) garantie(s) ci-dessous :

Date d'effet : / / ; N° d'adhérent : ; Noms des garanties :

Nom de l'assuré principal/souscripteur :

Adresse de l'assuré principal/souscripteur :

Signature de l'assuré principal/souscripteur (uniquement en cas de notification du présent formulaire sur papier) :

Date : / /

(*) Rayez la mention inutile.

