

MA Santé

PRÉSERVEZ VOTRE CAPITAL SANTÉ



A V E N I R
SANTÉ
CONSTRUIRE LA SOLIDARITÉ AUTREMENT

NOTRE MÉTIER : **LA SANTÉ**

Le monde change, vite et durablement.

La Mutuelle Avenir Santé (MAS), mutuelle créée par CNP Assurances écoute, s'adapte, et conçoit des contrats santé modulaires pour protéger les adhérents qui lui font confiance.

Ainsi, elle accompagne ses adhérents en leur apportant une gamme de garanties santé et de services innovants.

Elle est portée, depuis son origine, par les valeurs qui nourrissent son engagement vers : la solidarité, la liberté, la démocratie et la responsabilité.

Ces valeurs fondamentales et originelles reposent sur la transparence et la rigueur de son fonctionnement.

C'est pourquoi le réseau Amétis a choisi de vous proposer la couverture frais de soins de santé de la Mutuelle Avenir Santé « **MA Santé** ». Avec la Mutuelle Avenir Santé, nos valeurs sont le socle de notre engagement.

Toujours à l'écoute de ses assurés, la mutuelle privilégie une relation de proximité et de confiance. C'est pourquoi, elle a choisi le réseau Amétis de CNP Assurances avec des conseillers de proximité à votre écoute pour vous proposer sa nouvelle couverture frais de soins de santé « **MA Santé** ».



Au fil des années, rester en bonne santé devient une préoccupation de plus en plus importante. Être à l'écoute des messages de prévention, avoir une activité physique régulière, avoir une alimentation saine et équilibrée, permet de réduire les risques et de se maintenir en bonne santé. Pour autant, les besoins pour préserver son capital santé évoluent avec le temps. C'est pourquoi, il est primordial de bien choisir sa complémentaire santé.

COMPLÈTE

La modularité de l'offre vous permet de choisir les niveaux de remboursements⁽¹⁾ adaptés à vos besoins sur l'ensemble des postes de soins. « **MA Santé** » prend en charge certaines prestations comme les piluliers et les traitements antipaludéens.

NOUVEAU ! Bénéficiez de téléconsultations avec des médecins par chat, téléphone ou visio dans plus de 25 spécialités !



HOSPITALISATION



SOINS COURANTS



DENTAIRE



OPTIQUE



PHARMACIE

PERSONNALISÉE

Avec les différents bilans prévention (bilan mémoire, bilan prévention des risques cardio-vasculaires, etc.,...) faites le point sur votre santé, une équipe pluridisciplinaire vous informe et vous accompagne pour mettre en place des actions préventives et pour une meilleure prise en charge².

OPTIMISÉE

Vous bénéficiez d'une couverture répondant aux minima et maxima des contrats responsables. Vous souhaitez aller au delà des plafonds ? La Mutuelle Avenir Santé (MAS) a créé pour vous des niveaux non responsables⁽¹⁾ afin de répondre à vos besoins en santé.



L'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation MA Santé couvre la chambre particulière dès le niveau 2 et jusqu'à 150€. Les frais de la personne accompagnante peuvent également être pris en charge¹.



LES SOINS COURANTS

Ma Santé prend en charge les dépassements d'honoraires¹ dès le niveau 2 et jusqu'à 350% pour des consultations chez un médecin généraliste signataire des DPTAM*.



L'OPTIQUE

Des prestations de haut niveau pour couvrir vos besoins en optique jusqu'à 1200€ pour un équipement multifocal à forte correction⁽¹⁾.



LE DENTAIRE

Parce que la santé bucco-dentaire est au cœur de la santé globale, MA Santé prend en charge la parodontie, les prothèses non remboursées ainsi que les implants dentaires⁽¹⁾.

ET BIEN D'AUTRES
REMBOURSEMENTS ENCORE ⁽¹⁾...

*DPTAM (Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité sociale) : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.

(1) Dans les conditions et limites définies dans le(s) Règlement(s) Mutualiste(s)

(2) Dans les conditions et limites définies dans le guide d'utilisation des services

6 NIVEAUX DE GARANTIES

POUR RÉPONDRE EFFICACEMENT À VOS BESOINS EN
MATIÈRE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ.



HOSPITALISATION

	GARANTIES MAS RESPONSABLE				GARANTIES MAS NON RESPONSABLE	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Frais de séjours conventionnés ou non conventionnés	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+200 % BR	+400 % BR
Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) conventionnés pour les médecins ayant adhéré aux DPTAM*	100 % BR	125 % BR	200 % BR	250 % BR	+150 % BR	+250 % BR
Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) conventionnés pour les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM*	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Honoraires (anesthésie, chirurgie, réanimateur) non conventionnés	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Chambre particulière (par jour) (y compris hospitalisation de jour)	—	45 €	60 €	90 €	+30 €	+60 €
Frais de la personne accompagnant (enfant de moins de 16 ans et personne de plus de 60 ans) limités à 50 jrs/an	—	25 €	30 €	45 €	+15 €	+30 €
Forfait hospitalier (sans limitation de durée sauf unité de soins de longue durée, établissements médico-sociaux et établissements d'hébergement pour personnes âgées)	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	—	—



SOINS COURANTS

	GARANTIES MAS RESPONSABLE				GARANTIES MAS NON RESPONSABLE	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Consultations / visites généralistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins ayant adhéré aux DPTAM*	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Consultations / visites généralistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM*	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Consultations / visites spécialistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins ayant adhéré aux DPTAM*	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Consultations / visites spécialistes / Actes Techniques Médicaux réalisés par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM*	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Auxiliaires médicaux et analyses	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	—	—
Radiologie pratiquée par les médecins ayant adhéré aux DPTAM*	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Radiologie pratiquée par les médecins n'ayant pas adhéré aux DPTAM*	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Pharmacie remboursée à 65 % et 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	—	—
Pharmacie remboursée à 15 %	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	—	—
Transport	100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Prise en charge des actes de prévention relatifs au «Contrat Responsable»**	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	—	—



SOINS DENTAIRES

	GARANTIES MAS RESPONSABLE				GARANTIES MAS NON RESPONSABLE	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Soins dentaires	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	+50 % BR	+150 % BR
Inlays - Onlays	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Prothèses dentaires prises en charge	125 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Prothèses dentaires non prises en charge (limité à 3 par année anniversaire et par bénéficiaire)	—	100 €	200 €	300 €	+150 €	+250 €
Orthodontie remboursée	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	+100 % BR	+200 % BR
Orthodontie non remboursée (par semestre)	—	50 €	100 €	200 €	+150 €	+250 €
Implants dentaires (par dent) (limité à 3 par année anniversaire et par bénéficiaire)	—	300 €	400 €	500 €	+200 €	+400 €
Parodontie, vernis, blanchiment, curetage (par année anniversaire et par bénéficiaire)	—	150 €	200 €	250 €	+100 €	+200 €
Plafond : limité aux prestations non remboursées par le Régime Obligatoire d'assurance maladie (par année anniversaire)	—	1000 €	1500 €	2000 €	+1000 €	+1700 €

BR : (Base de remboursement) : Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature du Régime Obligatoire d'assurance maladie.

* DPTAM (Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du code de la Sécurité sociale) : dispositifs de maîtrise des dépenses médicales concourant notamment au respect des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins.

** Les actes de prévention relatifs au «Contrat Responsable» sont cités dans le Règlement Mutualiste Garantie MAS responsable n° 2971 E.



Équipement optique :

Plafond sur les équipements optiques : limité à un équipement optique (monture + verres) par bénéficiaire tous les 24 mois (12 mois pour les mineurs ou en cas d'évolution justifiée de la vue).
Équipement verres mixtes (exemple verre (1) + verre(2)) : le plafond est obtenu en divisant par deux la somme des plafonds des équipements correspondant à chacun des deux verres.

ADULTES

	GARANTIES MAS RESPONSABLE				GARANTIES MAS NON RESPONSABLE	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Équipement 2 verres unifocaux (1)	100 €	250 €	375 €	470 €	+130 €	+280 €
Équipement 2 verres unifocaux forte correction ou multifocaux (2)	200 €	400 €	575 €	750 €	+150 €	+350 €
Équipement 2 verres multifocaux forte correction (3)	200 €	450 €	625 €	850 €	+150 €	+350 €

ENFANTS

	GARANTIES MAS RESPONSABLE				GARANTIES MAS NON RESPONSABLE	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Équipement 2 verres unifocaux (1)	100 €	230 €	300 €	375 €	+75 €	+150 €
Équipement 2 verres unifocaux forte correction ou multifocaux (2)	200 €	330 €	450 €	625 €	+75 €	+150 €
Équipement 2 verres multifocaux forte correction dont 150 € au maximum pour la monture par bénéficiaire (3)	200 €	380 €	500 €	725 €	+75 €	+150 €
Lentilles, y compris jetables prises en charge ou non (par année anniversaire et par bénéficiaire)	100 €	120 €	150 €	190 €	+60 €	+110 €
Chirurgie de la myopie, par oeil (par année anniversaire et par bénéficiaire)	—	100 €	300 €	500 €	+200 €	+400 €

AUTRES

	GARANTIES MAS RESPONSABLE				GARANTIES MAS NON RESPONSABLE	
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
Prothèses auditives, piles et entretien	100 % BR	100 % BR +200 €	100 % BR +300 €	100 % BR +500 €	+250 €	+500 €
Prothèses médicales et appareillage	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR	+150 % BR	+300 % BR
Cure thermique - Soins, transport et hébergement (remboursée par le Régime Obligatoire d'assurance maladie)	—	150 €	300 €	450 €	+175 €	+330 €
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, étio-pathe, psychologue, podologue (limité en nombre de séances par année anniversaire et par bénéficiaire)	—	15 €/séance dans la limite de 3 séances (par année anniversaire et par bénéficiaire)	30 €/séance	70 €/séance	+1 séance à 70€ dans la limite de 4 séances (par année anniversaire et par bénéficiaire)	+ 3 séances à 20€ et 1 séance 90 €
Vaccins non remboursés, Sevrage tabagique, Bilan nutritionnel, consultation diététicien, Examen de mesure de la densité osseuse (par année anniversaire et par bénéficiaire)	—	60 €	75 €	90 €	+40 €	+60 €
Pilulier	—	15 €	20 €	30 €	—	—
Pharmacie prescrite non remboursée par le Régime Obligatoire d'assurance maladie (ex : médicaments du voyage, traitements antipaludéens) (par année anniversaire et par bénéficiaire)	—	40 €	60 €	80 €	+20 €	+40 €
Téléconsultation dans la limite de 25 €/séance (hors nomenclature)	25 €	25 €	25 €	25 €	—	—
Analyses, examens et radiologie prescrits non remboursés (par année anniversaire et par bénéficiaire)	—	20 €	40 €	60 €	+20 €	+40 €
Participation forfaitaire de 18 € pour les actes techniques médicaux lourds supérieurs à 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

BR : (Base de remboursement) : Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature du Régime Obligatoire d'assurance maladie.

(1) Verre unifocal dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00

(2) Verre unifocal dont la sphère est supérieure à -6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 ou verre multifocal ou progressif

(3) Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00

DES GARANTIES D'ASSISTANCE ET DES SERVICES POUR RESTER EN **BONNE SANTÉ**

AVEC LA PLATEFORME DIGITALE DE SERVICES LYFE



Des services utiles et accessibles au quotidien dans les domaines de la santé, du bien-être ou du bien vieillir :

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Rendez-vous médical | ☐ Téléconsultation | ☐ Allo Expert Dépendance |
| ☐ Bilan de santé | ☐ Examens d'imagerie sous 3 jours | ☐ Age d'Or services |
| ☐ Info conseil bien vieillir | | |

Pour utiliser la plateforme Lyfe, rendez-vous sur **masante.lyfe.fr**

Inscrivez-vous en cliquant sur « s'inscrire » sur la page d'accueil et remplissez quelques informations personnelles.

LE RÉSEAU DES OPTICIENS ET DES AUDIOPROTHÉSISTES PARTENAIRES

Des tarifs conventionnés et le libre choix de l'opticien ou de l'audioprothésiste pour un reste à charge maîtrisé.

CÔTÉ ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE



Dès l'adhésion : information santé, vie pratique et juridique, accompagnement psychologique en cas de difficultés, services à la carte (services à la personne).

En cas d'accident ou de maladie au domicile : recherche d'un médecin, acheminement des médicaments, transmission de messages urgents).

En cas d'hospitalisation supérieure à 3 jours : plan d'aide à la convalescence, préparation au retour au domicile, garde des animaux domestiques, aide à domicile.

En cas de chimiothérapie ou radiothérapie à domicile : aide à domicile, aide à la toilette.

Aide à l'aidant : formation sur la dépendance du proche aidé, bilan 360°, écoute psychologique, recherche d'établissement d'accueil temporaire ou permanent.

LA GESTION DE VOTRE CONTRAT EN TOUTE SIMPLICITÉ

RAPIDITÉ DE MISE EN PLACE

Vous recevez sous 15 jours maximum votre carte de tiers payant pour éviter que vous avanciez vos frais de santé (sous réserve de la réception de votre dossier complet)

EFFICACITÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SOINS

Remboursements sous 48H après le remboursement de votre régime obligatoire si vous optez pour la télétransmission, demande de prise en charge hospitalière immédiate avec la carte de tiers payant (ou par demande en ligne via votre espace adhérent dédié) pour ne rien déboursier...

INFORMATION DE VOS GARANTIES ET SUIVI DE VOS REMBOURSEMENTS EN TEMPS RÉEL

Un espace adhérent sécurisé vous permet de consulter en ligne le niveau de votre couverture santé avant chaque dépense, de suivre le détail de vos remboursements et d'effectuer des demandes de prise en charge.

..... PENSEZ-Y

Pour certains actes (hospitalisation, dentaire, etc...), contactez le service gestion avec le devis pour avoir une information précise sur le remboursement.

UN RÉSEAU DE PROFESSIONNELS À VOTRE ÉCOUTE

AMÉTIS est le réseau de conseillers de CNP Assurances. Répartis sur l'ensemble de la France, ils sont à votre écoute pour vous accompagner et vous conseiller au plus près de vos besoins.



En discutant de votre mode de vie, de vos objectifs et de vos priorités, nous vous guiderons vers les choix les plus adaptés pour vous prémunir contre les risques immédiats et futurs de la vie tout en protégeant vos proches et votre patrimoine sur le long terme.

POUR TOUTE DEMANDE, CONTACTEZ-NOUS

Nos spécialistes sont à votre écoute au :

01 41 98 55 59 (prix d'un appel local)

du lundi au vendredi : 8h-18h et le samedi : 8h-13h