











Gamme TNS - Dirigeants / Chefs d'entreprise

Les prestations exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement s'entendent y compris les remboursements du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie. Elles sont servies dans le cadre du parcours de soins coordonné et sont limitées aux frais réellement engagés par l'assuré.

COUVERTURE ASSURANCE MALADIE + MUTUELLE

	Taux Séc. Soc.	SONATE	SINFONIA	CONCERTO	OPERA
SOINS COURANTS (en secteur conventionné) 					
Consultations et Visites - Actes techniques médicaux (ATM) de médecins généralistes ou spécialistes (Signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100% BR	130% BR	150% BR	200% BR
Consultations et Visites - Actes techniques médicaux (ATM) de médecins généralistes ou spécialistes (Non signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100% BR	110% BR	130% BR	180% BR
Analyses et examens de laboratoire remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie (Signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR
Radiologie (Non signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel Médical (orthopédie et prothèses diverses, petit appareillage, grand appareillage) remboursé par AMO	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Forfait Matériel médical remboursé par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	60 € ⁽¹⁾	90 € ⁽¹⁾	120 € ⁽¹⁾	155 € ⁽¹⁾
• Forfait prothèses capillaires ou mammaires remboursées par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	150 € ⁽¹⁾	250 € ⁽¹⁾	300 € ⁽¹⁾	350 € ⁽¹⁾
Honoraires paramédicaux : soins et actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste,...)	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	15-30-65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Contraception non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	35 € ⁽¹⁾	40 € ⁽¹⁾	45 € ⁽¹⁾	50 € ⁽¹⁾
Participation forfaitaire appliquée aux actes dont le tarif est > 120 €	-	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Transports remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
HOSPITALISATION (en secteur conventionné) 					
Médicale, chirurgicale, frais de séjour, actes	80% 100%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens (ADC-ADA-ACO-ATM) (Signataires OPTAM-CO) *	80% 100%	140% BR	140% BR	140% BR	140% BR
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens (ADC-ADA-ACO-ATM) (Non signataires OPTAM-CO) *	80% 100%	120% BR	120% BR	120% BR	120% BR
Forfait hospitalier	-	100% FR illim. ⁽³⁾	100% FR illim. ⁽³⁾	100% FR illim. ⁽³⁾	100% FR illim. ⁽³⁾
Participation forfaitaire appliquée aux actes dont le tarif est > 120 €	-	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Accompagnement jsq 16 ans en hospit. chirurgicale et médicale	-	30 €/ j / illim. ⁽⁴⁾	30 €/ j / illim. ⁽⁴⁾	30 €/ j / illim. ⁽⁴⁾	30 €/ j / illim. ⁽⁴⁾
Chambre particulière (hors ambulatoire) par nuitée A compter de la 1 ^{ère} nuitée	-	60 €/ j / illim. ⁽⁹⁾	70 €/ j / illim. ⁽⁹⁾	80 €/ j / illim. ⁽⁹⁾	90 €/ j / illim. ⁽⁹⁾
OPTIQUE 					
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement)					
• Monture + 2 verres quelle que soit la correction	60 %	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾
• Prestations d'appareillage des verres de classe A	60 %	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾
• Supplément pour verres avec filtre de classe A	60 %	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾
Equipements hors 100% santé (classe B)					
• Forfait monture	60 %	60 € ⁽²⁾	80 € ⁽²⁾	100 € ⁽²⁾	100 € ⁽²⁾
• Forfait verres simples, par verre	60 %	80 € ⁽²⁾	110 € ⁽²⁾	120 € ⁽²⁾	130 € ⁽²⁾
• Forfait verres complexes, par verre	60 %	90 € ⁽²⁾	120 € ⁽²⁾	130 € ⁽²⁾	150 € ⁽²⁾
• Forfait verres très complexes, par verre	60 %	100 € ⁽²⁾	130 € ⁽²⁾	140 € ⁽²⁾	195 € ⁽²⁾
Autres suppléments verres de classe B remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prestation d'adaptation des verres de classe A et B	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles remboursées par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait lentilles correctrices remboursées ou non par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	185 € ⁽¹⁾	245 € ⁽¹⁾	270 € ⁽¹⁾	300 € ⁽¹⁾
Forfait chirurgie réfractive (par œil)	-	205 € ⁽¹⁾	270 € ⁽¹⁾	310 € ⁽¹⁾	420 € ⁽¹⁾

	Taux Séc. Soc.	SONATE	SINFONIA	CONCERTO	OPERA
DENTAIRE 					
Consultations, soins dentaires, parodontologie et chirurgie dentaire (ADC/ATM) remboursés par le régime obligatoire AMO	70%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Soins et prothèses dentaires 100% santé (tels que définis réglementairement)					
• Couronnes et bridges	70%	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾
• Inlay-Core	70%	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾
• Prothèses dentaires amovibles	70%	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾
• Réparations sur prothèses	70%	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾
Soins et prothèses dentaires hors 100% santé					
• Inlay-Onlay	70%	100% BR ⁽⁵⁾	100% BR ⁽⁵⁾	100% BR ⁽⁵⁾	100% BR ⁽⁵⁾
• Couronnes et bridges	70%	250% BR ⁽⁵⁾	300% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	350% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	400% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾
• Inlay-Core	70%	250% BR ⁽⁵⁾	300% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	350% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	400% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾
• Prothèses dentaires amovibles	70%	250% BR ⁽⁵⁾	300% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	350% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	400% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾
• Réparations sur prothèses	70%	250% BR ⁽⁵⁾	300% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	350% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	400% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾
Plafond de remboursement dentaire (Hors TM) ⁽⁸⁾⁽⁵⁾	-	1 000 €	1 500 €	2 000 €	3 000 €
Implantologie / Parodontologie / Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	150 € ⁽¹⁾	400 € ⁽¹⁾⁽¹⁰⁾	600 € ⁽¹⁾⁽¹⁰⁾	800 € ⁽¹⁾⁽¹⁰⁾
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	70% 100%	200% BR	250% BR	300% BR	350% BR
AIDES AUDITIVES 					
Equipements hors 100% santé (classe II)					
• Aide auditive par oreille	60%	100% BR + 125€ ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% BR + 250€ ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% BR + 540€ ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% BR + 700€ ⁽⁵⁾⁽⁶⁾
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement)					
• Aide auditive par oreille	60%	100% FR ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁵⁾⁽⁶⁾
Piles et accessoires remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
CURES THERMALES 					
Honoraires et Soins	65% 70%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait honoraires et soins - hébergement et transport	-	75 € ⁽¹⁾	120 € ⁽¹⁾	230 € ⁽¹⁾	250 € ⁽¹⁾
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES 					
Forfait naissance (si enfant inscrit)	-	75 €	130 €	155 €	200 €
Fécondation In Vitro non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	100 € ⁽¹⁾	100 € ⁽¹⁾	100 € ⁽¹⁾	100 € ⁽¹⁾
Amniocentèse non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	35 € ⁽¹⁾	40 € ⁽¹⁾	45 € ⁽¹⁾	60 € ⁽¹⁾
Péridurale non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	35 € ⁽¹⁾	40 € ⁽¹⁾	45 € ⁽¹⁾	60 € ⁽¹⁾
Médecines douces ⁽⁷⁾	-	-	40% FR jsq 80 € ⁽¹⁾	50% FR jsq 100 € ⁽¹⁾	50% FR jsq 120 € ⁽¹⁾
ACTES DE PREVENTION 					
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale (liste art. R 871.2 CSS) + antigrippe	-	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Homéopathie et vaccins prescrits non remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	50 € ⁽¹⁾	50 € ⁽¹⁾	50 € ⁽¹⁾	50 € ⁽¹⁾
Densitométrie osseuse remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	100% BR	100% BR + 35€ ⁽¹⁾	100% BR + 35€ ⁽¹⁾	100% BR + 35€ ⁽¹⁾
Densitométrie osseuse non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	35 € ⁽¹⁾	35 € ⁽¹⁾	35 € ⁽¹⁾
Sevrage tabagique (hors cigarette électronique) sur prescription médicale	-	70 € ⁽¹⁾	90 € ⁽¹⁾	90 € ⁽¹⁾	90 € ⁽¹⁾

(1) Par année civile et par bénéficiaire - (2) Adulte : Forfait (part RO + ticket modérateur inclus) valable tous les deux ans à compter de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ou par la Mutuelle à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu réglementairement, notamment en cas d'évolution de la vue avérée. Enfant (- de 16 ans) : forfait (part RO + ticket modérateur inclus) annuel à compter de la dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ou par la Mutuelle à l'exception des cas pour lesquels aucun délai n'est fixé réglementairement pour le renouvellement des verres, notamment en cas d'évolution de la vue. - (3) Excepté établissements médico-sociaux - (4) En hospitalisation chirurgicale et médicale (forfait lit et repas) - (5) Dans la limite du prix limite de vente ou honoraires limites de facturation - (6) Une prise en charge par équipement tous les 4 ans. Ce délai s'apprécie à compter de la date de la dernière - facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par la Mutuelle. - (7) Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture, Podologie, Diététique, Psychomotricité, Naturopathie, Psychologue - (8) Plafond global annuel et par personne sur les actes «prothèses dentaires fixes et amovibles, bridges, Inlay-Core, réparations» - (9) Dont chambre particulière en psychiatrie, maison de repos, de convalescence, de rééducation, moyen et long séjour limité à 30 jours par an - (10) Dont forfait parodontologie limité à 300 € par an et bénéficiaire

FR = Frais Réels BR = Base de remboursement du régime obligatoire de l'Assurance maladie TM = Ticket Modérateur
* L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée conclus entre l'Assurance maladie et certains médecins (secteur 1 avec droit permanent à dépassement ou secteur 2) qui s'engagent à pratiquer à l'égard de leurs patients des dépassements d'honoraires modérés. La liste des médecins signataires du OPTAM/OPTAM-CO est consultable sur le site de l'assurance maladie (www.ameli.fr)
Toutes nos prestations sont versées dans la limite des dépenses engagées. Tous nos contrats sont des contrats «Responsables». Les taux s'entendent sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) : taux en vigueur au 1.1.2020
Pour les actes Hors Parcours de Soins Coordonné, le remboursement Mutuelle demeure inchangé, mais le taux de remboursement de la Sécurité Sociale peut être minoré. Période minimale d'adhésion : 1 an - Document non contractuel.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur la garantie complémentaire santé - Sereina Mutuelle
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Numéro SIREN 782 705 826
GARANTIES TNS / Dirigeants

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur cette garantie dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

La garantie d'Assurance Complémentaire Santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. La garantie respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, frais d'accompagnement pour les moins de 16 ans et plus de 70 ans.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65% 30% et 15% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact prescrites
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie avec prise en charge par l'AMO.
- ✓ **Cures thermales** : Soins, honoraires.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
Actes de prévention : Actes prévus liste art. R.871.2 CSS, vaccins non remboursés par l'AMO, densitométrie osseuses remboursée par l'AMO.
- ✓ **Participation forfaitaire assuré**
- ✓ **Equipements « 100% Santé »** : Optique, Prothèses dentaire, Audiologie

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Frais optiques : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact prescrites.
- Chambre particulière, frais d'accompagnement
- Chirurgie réfractive, lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale.
- Médecines douces
- Aide au Sevrage tabagique hors cigarette électronique
- Amniocentèse
- Péridurale
- Fécondation in vitro.
- Forfait naissance
- Ostéodensitométrie refusée par la Sécurité Sociale
- Hébergement et transport pour les cures thermales.
- Forfaits dépassement sur : appareillages remboursés par la Sécurité Sociale, Implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursé par l'AMO
- Contraception non remboursée par l'AMO
- Homéopathie et vaccins prescrits non remboursés par l'AMO

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie retenue et figurent dans le tableau des garanties, ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

Service d'analyse de devis

Les garanties précédées d'une sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergements pour les personnes dépendantes (EHPAD)



Ya-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : remboursement forfaitaire de durée et montant selon établissements et niveau de garantie choisi.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : plafond de remboursement annuel sur les dépassements (hors équipements « 100% santé »)
- ! **Appareillage** : plafond de remboursement annuel sur les dépassements et sur présentation de facture acquittée.
- ! **Médecine douce** : Dans la limite du forfait accordé par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues et sur présentation de facture acquittée.



Où suis-je couvert ?

En France.

A l'étranger : les soins doivent être pris en charge par la sécurité sociale, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation)

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de soins
- Informer la Mutuelle de tout changement d'adresse, de modification de la situation familiale (naissance, mariage, décès), de changement de profession et de changement de Régime Obligatoire d'Assurance Maladie.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque, prélèvement automatique et virement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année civile en année civile à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au règlement mutualiste.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion à chaque fin d'année civile en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux mois avant la date de fin de contrat, soit au plus tard 31 octobre de chaque année en cours.

Il peut également mettre fin à son adhésion en cas de modification de sa situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis. La résiliation doit être sollicitée dans les trois mois de l'évènement.

Dans le cadre de l'article 3 de la Loi CHATEL n° 2005-67 : vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date de l'envoi de l'avis de cotisation pour dénoncer par lettre recommandée, la reconduction annuelle de votre contrat.

À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie en cours, par les mêmes moyens qu'en cas de résiliation à l'échéance annuelle ; la résiliation prend alors effet un mois après que la mutuelle en ai reçu la notification.