

MUTUELLE ETUDIANT 2021

En tant qu'étudiant et il est important que vous soyez correctement couvert pour vos dépenses de santé.

Vous n'êtes pas sans savoir que la Sécurité sociale se désengage de plus en plus et donc les sommes restant à votre charge augmentent sensiblement tous les ans.

Pour pouvoir continuer d'être en bonne santé, il faut donc pouvoir se faire soigner et limiter vos dépenses.

Nous vous proposons donc une solution d'assurance à tarif étudiant et qui part ses 4 formules répond pleinement aux besoins des étudiants.

Notre équipe est à votre disposition pour vous accompagner dans ce choix et dans la souscription du contrat.

Nous sommes joignables par :

☎ 01.55.48.07.07

du lundi au vendredi entre 9h-12h et 14h-18h

✉ : info@isicassur.fr



VOS GARANTIES

Les différentes formules du contrat PLEYEL Santé 2021 sont dites solidaires et s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables, tels que prévus aux articles L871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité Sociale. En conséquence, les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

Les garanties du contrat PLEYEL Santé 2021 interviennent sur chacune de vos dépenses de santé ayant fait préalablement l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale. Les dépenses de santé non remboursées par la Sécurité Sociale ne font l'objet d'une prise en charge que s'il en est fait expressément mention dans le tableau de garantie ci-dessous.

Les prestations décrites dans le tableau ci-dessous sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou sous la forme de montants forfaitaires en euros. Elles incluent le remboursement de la Sécurité Sociale. L'ensemble des prestations s'entend dans la limite des frais réellement engagés.

	24,96 € ALPHA	35,90 € DELTA	39,42 € OMÉGA	42,75 € THÉTA
HOSPITALISATION (y compris maternité)				
Frais de séjour et forfaits hospitaliers				
Frais de séjour en établissements conventionnés	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour en établissements non conventionnés	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait hospitalier journalier (non remboursé par la SS) (2)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Honoraires				
Médecins signataires DPTM *	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Médecins non signataires DPTM *	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Prestations non prises en charge par la Sécurité sociale				
Chambre particulière (médecine, chirurgie, rééducation, convalescence, repos, psychiatrie)	-	30 €	40 €	80 €
Par nuitée, à l'exclusion des séjours en services spécifiques, et 50 % du forfait en cas d'hospitalisation de jour (3)	-	15 €	15 €	30 €
Lit d'accompagnant.	-	15 €	15 €	30 €
Pour un enfant de moins de 16 ans-par nuitée, par an et par bénéficiaire. (3)	-	150 €	250 €	380 €
Forfait maternité ou adoption plénière (prime de naissance)	-	150 €	250 €	380 €
Double en cas de naissance gémellaire	-	150 €	250 €	380 €
HONORAIRES MEDECINE COURANTE soins courants auprès d'un professionnel de santé conventionné ou non				
Consultation, Visite, Consultation en ligne, Médecins généralistes ou spécialistes (y compris indemnité de déplacement)				
Médecins signataires DPTM *	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Médecins non signataires DPTM *	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes d'imagerie médicale				
Médecins signataires DPTM *	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Médecins non signataires DPTM *	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes de spécialité				
Médecins signataires DPTM *	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Médecins non signataires DPTM *	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Médicaments				
Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Vaccins non pris en charge par le régime obligatoire (Grippe A, hépatite A, typhoïde, fièvre jaune)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale (forfait par an et par bénéficiaire)	20 €	30 €	40 €	60 €
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique - Petits appareillages	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Appareillage et prothèses médicales, hors aides auditives et optique - Gros appareillages	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Frais de transport sanitaire				
Transport remboursé par la Sécurité sociale - hors SMUR (4)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Cures thermales (hors thalassothérapie)				
Honoraires, forfait de surveillance médicale et thermique	100 % BR	200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par	300 € par an et par bénéficiaire
Forfait transport et hébergement thermal - forfait global annuel	100 % BR	200 € par an et par bénéficiaire	200 € par an et par	300 € par an et par bénéficiaire
Médecine additionnelle et de prévention				
Sur présentation d'une facture originale établie par le professionnel de santé non remboursée par la Sécurité sociale				
Plafond	-	180 €	220 €	220 €
Ostéopathe, Diététicien, Homéopathe, Acupuncteur, Etiopathe, Chiropracteur (par séance et par bénéficiaire)	-	30 €	40 €	52 €
Pédicure, podologue, par séance (limité à 2 séances par an par bénéficiaire)	-	30 €	30 €	30 €

RO : Régime obligatoire de Sécurité sociale

FR : Frais réels : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

TM Ticket modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise)

PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale Estimé au 01/01/2021 : 3428 €

VOS GARANTIES

OPTIQUE

Equipelement 100 % santé ** (Classe A)

Y compris la facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue et l'appairage de verres par l'opticien
Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions Générales

Equipelement hors 100 % santé (Classe B)

Plafond monture

Equipelement complet : 1 monture + 2 verres simples

Equipelement complet : 1 monture + 2 verres complexes

Equipelement complet : 1 monture + 2 verres très complexes

Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien

1 monture + 2 verres par période de 2 ans de date à date pour les adultes de plus de 16 ans (période ramenée à 1 an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale. 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. La prise en charge de la monture est limitée 100 €.

Lentilles

Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale (par an et par bénéficiaire) (5)

Traitements chirurgicaux des troubles visuels

Par bénéficiaire et par oeil / Forfait tous les 5 ans (délai de carence : 12 mois d'adhésion)

ALPHA	DELTA	OMÉGA	THETA
Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
100 €	100 €	100 €	100 €
100 €	150 €	200 €	300 €
200 €	250 €	300 €	450 €
200 €	250 €	300 €	450 €
100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

DENTAIRE (6)

Soins et prothèses 100 % santé **

Inlay core, soins prothétiques et autres prothèses dentaires relevant du panier 100 % santé, tels que définis réglementairement

Dans la limite des frais réellement engagés et des honoraires limites de facturation définis aux Conditions Générales

Soins actes et consultations

Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, inlay/onlay Parodontologie remboursés par la Sécurité sociale

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (7)

Prothèses hors 100 % santé

Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale

Actes non remboursés par la Sécurité Sociale (Implants, Parodontologie, Prothèses dentaires, Orthodontie)

Forfait par an par bénéficiaire. Sur présentation d'un devis, d'une facture acquittée et du décompte de Sécurité sociale

Plafond dentaire par an et par bénéficiaire sur les dépassements d'honoraires hors soins, hors TM (prothèse dentaire, implantologie, Parodontologie, Orthodontie)

	ALPHA	DELTA	OMÉGA	THETA
Jusqu'à 12 mois d'adhésion	Néant	600 €	800 €	1200 €
De 12 à 24 mois d'adhésion	Néant	900 €	1200 €	1800 €
Au-delà de 24 mois d'adhésion	Néant	Néant	Néant	Néant

AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT (par oreille)

A compter du 01/01/2021 (renouvellement par appareil tous les 4 ans)

Equipelement 100 % santé ** (Classe I ***)

Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente définis aux Conditions Générales.

Equipelement autre que 100 % santé ** (Classe II ***)

Limité à 1700 € TTC, par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité sociale

Prothèses auditives prises en charge par la Sécurité sociale

Bénéficiaire dont l'âge est > à 20 ans

Bénéficiaire dont l'âge est ≤ à 20 ans ou atteint de cécité ****

Accessoires et fournitures

	ALPHA	DELTA	OMÉGA	THETA
	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR

VOS GARANTIES +

Allocation obsèques

Allocation Obsèques en cas de décès du bénéficiaire (non remboursé par la Sécurité sociale)

Services inclus

Tiers-payant / Assistance / Décomptes en ligne et espace adhérent

	ALPHA	DELTA	OMÉGA	THETA
	50 % PMSS	50 % PMSS	50 % PMSS	50 % PMSS
	OUI	OUI	OUI	OUI

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.arnel.fr est à la disposition de tous.

** Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

*** Voir la liste réglementaire des options de la liste A et de la liste B dans les Conditions générales.

**** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction.

(1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

(2) Hors établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisée, maison de retraite, EHPAD), tels que définis à l'Article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(3) Hors établissements non conventionnés. La prise en charge est limitée à 90 jours par an pour les séjours en psychiatrie. La chambre de nuit correspond à une chambre pour une chirurgie et/ou anesthésie ambulatoire avec admission et sortie le même jour.

(4) SMUR : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

(5) Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations remboursées ou non par le régime obligatoire. Pour les lentilles remboursées, remboursement du TM au delà du forfait

(6) Hors accord de prise en charge, les prestations sont minorées de 20 % comparées aux prestations versées sur accord. La minoration des 20 % des prestations hors accord de prise en charge préalable ne concerne pas la ligne « soins dentaires ».

(7) Les forfaits sont calculés et proratisés sur la base d'un semestre de traitement.

RO : Régime obligatoire de Sécurité sociale	FR : Frais réels : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale	BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale	TM Ticket modérateur : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise)	PMSS : Plafond mensuel de la Sécurité sociale Estimé au 01/01/2021 : 3428 €
---	--	---	--	--

REFORME 100 % SANTE depuis le 01-01-2020 Zéro reste à charge dans la limite du Panier 100 % santé

Le 100 % SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et auditif défini par décret depuis le 1er janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon les niveaux de garanties prévus au tableau de garantie que vous avez choisi.

GARANTIES INCLUSES DANS LE PANIER	REMBOURSEMENT SUR TOUTES LES FORMULES	COMPOSITION DU PANIER	MISE EN VIGUEUR
OPTIQUE			
Equipelement optique (Verre et Monture) Monture	Dans la limite de 100€ (1)	- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 € Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes «100 % santé» en deux coloris différents; - Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ; - Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.	Depuis le 1er janvier 2020
Verres	Entièrement remboursés		
DENTAIRE			
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), Inlays-Onlays)	Entièrement remboursés	- Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1er prémolaire) ; couronnes céramique monolithique zircones (incisives et canines) ; couronnes métalliques toute localisation ; - Inlays core et couronnes transitoires ; - Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zirco et métalliques toutes localisation ; prothèses amovibles à base résine	Progressif à partir du 1er janvier 2020
Inlay-Core			
Prothèses dentaires			
AIDES AUDITIVES			
Prothèses auditives	Entièrement remboursés	- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire ; - Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ; - 4 ans de garantie ; - Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante supérieure ou égale à 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération	A partir du 1er janvier 2021

(1) Le panier « 100 % santé » prévoit des verres et des montures aux prix limités (30€ pour les montures), sans reste à charge pour les assurés (équipements de classe A). Les assurés peuvent toujours choisir des équipements différents, aux prix libres (équipements de classe B). Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100 €. L'assuré peut choisir des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, remboursement plafonné à 100 €)

DEFINITION DE LA CORRECTION AU 1ER JANVIER 2020
Correction verres simples

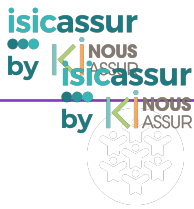
- verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Correction complexes

- verre unifocal sphériques dont la sphère est hors zone entre - 6,00 et + 6,00
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6,00 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et + 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Correction très complexes

- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à + 0,25 dioptries
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries



Informations Pratiques sur quelques-uns de vos avantages

✓ Tiers payant généralisé ALMERYS :

Sur simple présentation de votre carte de tiers payant ALMERYS, vous êtes dispensé de l'avance de frais auprès des pharmaciens et autres professionnels de santé, sous réserve d'acceptation du dossier par votre praticien.

Conseil : Vous devez restituer votre carte de tiers payant à CERGAP en cas de résiliation de votre contrat.

✓ En cas d'hospitalisation :

L'établissement hospitalier effectue lui-même la demande de prise en charge auprès de ALMERYS. Réponse sous 72 heures !

Les frais pris en charge par votre contrat lui seront ainsi directement réglés, ce qui peut vous éviter des avances de frais importants.

✓ Devis dentaire :

Vous adressez à CERGAP une demande de prise en charge par courriel : pleyel-sante@pleyel.info, par télécopie ou par courrier : Vous recevez votre réponse sous 48 heures !

✓ Pris en charge Optique :

Votre opticien effectue lui-même la demande de prise en charge auprès de ALMERYS.

Sous 48 heures vous avez votre réponse. Les frais de prise en charge lui seront directement réglés et vous n'aurez à régler que la somme restant éventuellement à votre charge.

✓ Pris en charge Audiologie :

Votre audiologiste effectue lui-même la demande de prise en charge auprès de ALMERYS.

✓ Vos remboursements :

Le paiement de vos prestations est effectué sous 72 heures par virement sur votre compte bancaire ou postal, après réception de vos relevés de Sécurité sociale.

Pour les remboursements Optique , Dentaire ou Dépenses importantes ; Vous nous adressez simplement la facture originale et pour les lentilles

la prescription médicale établie jusqu'à 24 mois !

✓ Votre espace client personnalisé :

Vous accédez par internet sur www.mutavia.fr à votre Espace Client Personnalisé qui vous permet de suivre en ligne l'évolution de votre contrat.

Dès l'enregistrement de votre adhésion vous recevrez par courriel vos identifiants et mots de passe confidentiels vous permettant de vous connecter.

✓ Vos modifications d'affiliation :

Pour actualiser vos informations, vous pouvez signaler à CERGAP tous changements de situation de famille, d'adresse, de coordonnées bancaires ainsi que de centre de Sécurité sociale en envoyant à CERGAP une simple copie de votre nouvelle attestation papier Vitale.

Votre centre de Gestion

CERGAP 7 rue Jean Perrin – BP 200007 LUISANT
28633 GELLAINVILLE

e-mail : pleyel-sante@pleyel.info

Tél. : 02 99 32 91 40 - Fax : 02 37 30 81 38

Du lundi au vendredi de 9H à 18H -

Nous contacter



KINOUSASSUR

e-mail : info@isicassur.fr

Tél. : 01.55.48.07.07

Du lundi au vendredi entre 9h-12h et 14h-18h