



Garanties Santé Mutuelle de Village



Sereina Mutuelle a conçu une gamme de garanties santé spéciale Mutuelle de Village.
Un éventail de garanties santé vous est proposé
pour vous offrir des niveaux de remboursement et de cotisation de qualité.

Bénéficiez des avantages suivants :

- Aucun questionnaire médical
- Frais de dossier offerts (valeur 10 €)
- Prise en charge totale au 1^{er} jour de l'adhésion
- Echanges informatisés avec le régime obligatoire CPAM.



Nos agences de proximité :

AUBAGNE

Résidence Albania
99 rue de la République
13400 Aubagne
Tél. : 04 42 70 32 46

CASSIS

Avenue Général Ganteaume
1A Résidence de la Rade
13260 Cassis
Tél. : 04 42 98 81 58

MARSEILLE PREFECTURE

119 rue de Rome
13006 Marseille
Tél. : 04 91 62 65 12

MARSEILLE SAINT-HENRI

130 rue Rabelais
13016 Marseille
Tél. : 04 91 46 21 00

Gamme santé Mutuelle de Village

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.	JADE	TOPAZE	RUBIS	EMERAUDE
SOINS COURANTS (en secteur conventionné)					
Consultations et Visites - Actes techniques médicaux (ATM) de médecins généralistes ou spécialistes (Signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100% BR	100% BR	125% BR	140% BR
Consultations et Visites - Actes techniques médicaux (ATM) de médecins généralistes ou spécialistes (Non signataires OPTAM/OPTAM-CO)*	70%	100% BR	100% BR	105% BR	120% BR
Analyses et examens de laboratoire remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie	70%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel Médical (orthopédie et prothèses diverses, petit appareillage, grand appareillage) remboursé par AMO	60%	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR
• Forfait Matériel médical remboursé par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	75 € ⁽¹⁾	90 € ⁽¹⁾	120 € ⁽¹⁾
• Forfait prothèses capillaires ou mammaires remboursées par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	100 € ⁽¹⁾	120 € ⁽¹⁾	150 € ⁽¹⁾	170 € ⁽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⁾
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%	65% 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%	100% BR	100% BR	120% BR	140% BR
Honoraires chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens (ADC-ADA-ACO-ATM) (Non signataires OPTAM-CO) *	80%/100%	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR
Forfait hospitalier	-	100% FR illim (3)(10)	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
Forfait Patient Urgences (FPU)	-	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Accompagnement jsq 16 ans en hospit. chirurgicale et médicale	-	-	20€/jour 15 jours/an (4)	20€/jour 15 jours/an (4)	20€/jour 15 jours/an (4)
Chambre particulière (hors ambulatoire) par nuitée A compter de la 1 ^{ère} nuitée	-	-	40€/nuit 30 nuits/an	50€/nuit illim (9)	60€/nuit illim (9)
OPTIQUE					
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement)					
• Monture + 2 verres quelle que soit la correction	60 %	60% BR	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾
• Prestations d'appareillage des verres de classe A	60 %	60% BR	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾
• Supplément pour verres avec filtre de classe A	60 %	60% BR	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾	100% FR ⁽²⁾⁽⁵⁾
Equipements hors 100% santé (classe B)					
• Forfait monture	60 %	60% BR	60 € ⁽²⁾	70 € ⁽²⁾	80 € ⁽²⁾
• Forfait verres simples, par verre	60 %	60% BR	55 € ⁽²⁾	65 € ⁽²⁾	85 € ⁽²⁾
• Forfait verres complexes, par verre	60 %	60% BR	75 € ⁽²⁾	85 € ⁽²⁾	105 € ⁽²⁾
• Forfait verres très complexes, par verre	60 %	60% BR	80 € ⁽²⁾	90 € ⁽²⁾	120 € ⁽²⁾
Autres suppléments verres de classe B remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Prestation d'adaptation des verres de classe A et B	60%	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles remboursées par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait lentilles correctrices remboursées ou non par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	80 € ⁽¹⁾	90 € ⁽¹⁾	100 € ⁽¹⁾
Forfait chirurgie réfractive (par œil)	-	-	205 € ⁽¹⁾	245 € ⁽¹⁾	270 € ⁽¹⁾

		COUVERTURE ASSURANCE MALADIE + MUTUELLE				
		Taux Séc. Soc.	JADE	TOPAZE	RUBIS	EMERAUDE
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%	70% BR	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	
• Inlay-Core	70%	70% BR	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	
• Prothèses dentaires amovibles	70%	70% BR	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	
• Réparations sur prothèses	70%	70% BR	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	100% FR ⁽⁵⁾	
Soins et prothèses dentaires hors 100% santé						
• Inlay-Onlay	70%	70% BR	100% BR ⁽⁵⁾	130% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	150% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	
• Couronnes et bridges	70%	70% BR	200% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	250% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	300% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	
• Inlay-Core	70%	70% BR	200% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	250% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	300% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	
• Prothèses dentaires amovibles	70%	70% BR	200% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	250% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	300% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	
• Réparations sur prothèses	70%	70% BR	200% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	250% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	300% BR ⁽⁵⁾⁽⁸⁾	
Plafond de remboursement (hors TM) ⁽⁸⁾⁽⁵⁾	-	-	700 €	900 €	1 000 €	
Implantologie / Parodontologie / Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	100 € ⁽¹⁾	200 € ⁽¹⁾	300 € ⁽¹⁾	
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	70%/100%	70%-100% BR	200% BR	225% BR	250% BR	
AIDES AUDITIVES						
Equipements hors 100% santé (classe II)						
• Aide auditive par oreille	60%	60% BR	100% BR + 155€ ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% BR + 230€ ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% BR + 305€ ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement)						
• Aide auditive par oreille	60%	60% BR	100% FR ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	100% FR ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	
Piles et accessoires remboursés par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	60%	60% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
CURES THERMALES						
Honoraires et Soins	65% 70%	65%-70% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Forfait honoraires et soins - hébergement et transport	-	-	90 € ⁽¹⁾	120 € ⁽¹⁾	200 € ⁽¹⁾	
PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES						
Fécondation In Vitro non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	30 € ⁽¹⁾	30 € ⁽¹⁾	45 € ⁽¹⁾	
Amniocentèse non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	30 € ⁽¹⁾	30 € ⁽¹⁾	45 € ⁽¹⁾	
Péridurale non remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	-	-	30 € ⁽¹⁾	30 € ⁽¹⁾	45 € ⁽¹⁾	
Médecines douces ⁽⁷⁾	-	-	20 € - 3 fois ⁽¹⁾	30 € - 3 fois ⁽¹⁾	40 € - 3 fois ⁽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	-	-	20 € ⁽¹⁾	30 € ⁽¹⁾	40 € ⁽¹⁾	
Densitométrie osseuse remboursée par le régime obligatoire d'Assurance Maladie	70%	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	-	45 € ⁽¹⁾	70 € ⁽¹⁾	80 € ⁽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 «inlay-onlay, prothèses dentaires fixes et amovibles, bridges, inlay core, réparations» (9) Excepté en psychiatrie, maison de repos, de convalescence, de rééducation, moyen et long séjour : 30 nuits par an (10) Excepté en psychiatrie, maison de repos, de convalescence, de rééducation, moyen et long séjour : 90 nuits par an.

FR = Frais Réels BR = Base de remboursement du régime obligatoire de l'Assurance maladie AMO = Assurance Maladie Obligatoire TM = Ticket Modérateur RO = Régime Obligatoire d'assurance maladie * 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 de l'OPTAM/OPTAM-CO est consultable sur le site de l'assurance maladie (www.ameli.fr)

Toutes les prestations sont versées dans la limite des dépenses engagées. Les contrast sont responsables selon les décrets n°2014-1374 du 18.11.2014, n°2014-1025 du 8.9.2014, n°2019-21 du 11 janvier 2019, sauf le contrat JADE qui est non responsable. Les taux s'entendent sur la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : taux en vigueur au 1.1.2023
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 - Document non contractuel

Les valeurs et engagements mutualistes de Sereina Mutuelle

Un groupement de personnes, à but non lucratif

Sereina Mutuelle est dirigée par des administrateurs bénévoles, élus en Assemblée Générale par les mutualistes.

Un fonctionnement démocratique

Tout adhérent est représenté à l'Assemblée Générale par les délégués mutualistes qui décident eux mêmes de la politique générale de la mutuelle.

La défense des valeurs d'entraide et de solidarité

Aucun questionnaire médical n'est demandé, les risques sont couverts quel que soit l'état de santé du mutualiste.

Une approche non marchande de la santé

Sereina Mutuelle n'a pas vocation à dégager des profits. Elle ne dépend d'aucun actionnaire pour ses choix et ne reverse aucun dividende.

Pièces à fournir à l'adhésion :

- Une attestation à jour d'affiliation au régime obligatoire d'Assurance Maladie des Assurés (à réclamer à votre caisse de Sécurité Sociale ou à télécharger en ligne sur le site ameli.fr)
- Le relevé d'identité bancaire (RIB) du compte pour le paiement des cotisations et prestations.
- Le cas échéant, tout document justifiant de la situation de concubinage, de l'existence d'un PACS, d'un contrat de mariage ou du lien de parenté
- Le certificat de résiliation de l'ancien organisme de complémentaire santé
- Un justificatif de domicile ou d'emploi sur la commune

COTISATIONS MENSUELLES - PAR PERSONNE COUVERTE MUTUELLE DE VILLAGE - 2023

	JADE	TOPAZE	RUBIS	EMERAUDE
Tranches d'âge				
Enfant	15,48 €	30,22 €	33,18 €	38,06 €
16 - 30 ans	17,54 €	33,34 €	36,85 €	41,11 €
31 - 50 ans	25,98 €	51,29 €	55,81 €	64,21 €
51 - 70 ans	42,84 €	67,60 €	74,87 €	83,26 €
71 ans et +	57,91 €	76,59 €	92,13 €	99,61 €

Cotisations mensuelles TTC - Gratuité à compter du 3ème enfant

Informations relatives aux frais de gestion et au taux de redistribution de Sereina Mutuelle

(article L.871-1 du Code de la sécurité sociale)

Au titre de l'année 2021, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par Sereina Mutuelle pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties s'établit à :

86,60 %⁽¹⁾

(1) 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 la Mutuelle 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.

Au titre de l'année 2021, le montant et la composition des frais de gestion de Sereina Mutuelle affectés aux garanties ayant pour objet le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties s'établit à :

15,12 %⁽²⁾

(2) 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 la Mutuelle 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 la Mutuelle dans le respect des garanties contractuelles.