

SOINS DISPENSÉS EN FRANCE *

TYPE DE SOINS	G1 PLUS	RENFORTS FRONTAMUT**	G1 PLUS
SOINS COURANTS		MÉDECINES NON REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	
Consultations - Visites	150 %	BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION (5) (6)	
Actes de spécialités - Imagerie médicale	150 %	Prévention et addiction	
Analyses - Auxiliaires médicaux	150 %	Scellement des sillons (de 15 à 20 ans) - Prévention SIDA et MST (préservatifs) - Vaccin anti-grippe (1 par an par pers. de 40 à 65 ans), autres vaccins non remboursés - Arrêt dépendance (tabac, alcool, drogues) : achats de produits de substitution, médicaments, sevrage, alcoologie, tabacologie, toxicologie	
Pharmacie (vignette bleue, blanche et orange)	100 %	100 €/an	
Appareillage - Orthopédie	150 %	Médecines non remboursées (7)	
OPTIQUE		Podologue, pédicure, nutritionniste, diététicien, psychologue, sexologue - Bilan stress oxydant - Ostéodensitométrie (1 examen entre 50 et 65 ans) - Pharmacie prescrite non remboursée	
Verres	700 %	100 €/an	
Forfait verres unifocaux	10 €	Médecines douces	
Forfait verres multifocaux	15 €	Ostéopathe, chiropracteur, étiope, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, shiatsu, mésothérapeute, kinésologue, auriculothérapeute, phytothérapeute	
Monture	135 €	100 €/an	
Lentilles acceptées (1) (2)	Frais réels	Allergies (7)	
Lentilles refusées y compris jetables (2)	130 €/an	Équipements de literie anti-acarien, complément sur les aides respiratoires, médicaments préventifs	
Chirurgie laser correctrice de la vue (forfait par œil)	150 €/an	100 €/an	
DENTAIRE		Forfait intimité	
Soins	200 %	Contraception prescrite - Test de grossesse - Traitement ménopause - Traitement de l'érection et de l'impuissance	
Prothèses acceptées ou refusées (1)	200 %	100 €/an	
Orthodontie acceptée (1)	200 %		
Implants dentaires (3)	500 €		
HOSPITALISATION (4) Séjours en médecine, chirurgie, maternité			
Honoraires	150 %		
Séjour en chambre commune	100 %		
Forfait hospitalier	Frais réels		
Chambre particulière	Frais réels		
Transport	100 %		
Fécondation In Vitro (forfait annuel)	1 500 €		
Accompagnant (enfant - de 12 ans)	46 €/jour		
HOSPITALISATION (4) Autres services ou établissements spécialisés			
Services de suite - Établissements et services neuropsychiatriques - Rééducation - Réadaptation - Repos - Convalescence - Cure médicale - IMP - IME - Services long et moyen séjour - Colonie sanitaire spécialisée	Dans la limite de 60 jours par année civile : • 100 % du prix de journée en chambre commune • forfait hospitalier		
CURE THERMALE (1)			
Forfait pour 21 jours maximum (maxi 3 cures/affection)	513 €		
PRIME DE NAISSANCE			
Si inscription enfant dès sa naissance	153 €		
FRAIS D'OBSÈQUES			
Participation	1 220 €		

** Pour les soins dispensés en France et en Suisse

SOINS DISPENSÉS EN SUISSE

➤ AU FRONTALIER

TYPE DE SOINS	G1 PLUS
SOINS COURANTS (8)	
Consultations - Visites	100 %
Actes de spécialités - Imagerie médicale	100 %
Actes paramédicaux - Chiropracteur	100 %
Pharmacie - Accessoires médicaux - Analyses	100 %
OPTIQUE	
Verres + Monture	135 €
Lentilles (forfait annuel) (2)	130 €
DENTAIRE	
Soins (8)	100 %
Prothèse* (1)	200 %
HOSPITALISATION Séjours en médecine, chirurgie, maternité - Autres services exclus	
Hôpitaux publics en facturation APDRG (9) (Remboursement dans la limite du tarif APDRG)	100 %
Établissements privés ou hôpitaux publics ne relevant pas de l'APDRG (9)	1 800 CHF/jour + 900 CHF de forfait d'entrée
Transport en cas d'hospitalisation (10)	100 %

➤ AUX AYANTS DROIT

- **Soins hors hospitalisation :**
Prise en charge uniquement des soins courants sur la base du tarif cadre LAMal.
- **Hospitalisation :**
Prise en charge uniquement en cas d'urgence (sur avis médical) ou en cas d'accident sur la base de la garantie.

* Taux de participation exprimé en pourcentage du Tarif Conventionnel (TC) ou du Tarif de Responsabilité (TR) de la Sécurité sociale sur la base de la nomenclature générale des actes professionnels et de la CCAM en vigueur le 8/11/2010.

- (1) : Selon critères Sécurité sociale. Hors nomenclature exclus.
 (2) : Forfaits non cumulables.
 (3) : Forfait annuel dans la limite de 250 € par implant.
 (4) : Participation limitée au tarif de l'établissement français le plus proche du domicile, susceptible de dispenser les soins appropriés à l'état du malade.
 (5) : Aucune autre spécialité que celles citées dans le détail de la garantie ne sera remboursée.
 (6) : Sur présentation de la facture acquittée.
 (7) : Sur prescription médicale.
 (8) : Taux de participation exprimés en pourcentage du Tarif Cadre LAMal.
 (9) : APDRG : classification regroupant les soins en hospitalisation en fonction des affections traitées. Ces données ont été définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). APDRG : All Patient Diagnostic Related Group
 (10) : Ils sont pris en charge en cas d'hospitalisation, sur la base du Tarif Conventionnel de la Sécurité sociale. En cas de transport d'urgence appréciée par le Médecin Conseil, ils sont pris en charge au Tarif Cadre LAMal.

Droit aux prestations

Il prend effet immédiatement après l'adhésion* :

- Pour le nouveau Frontalier qui s'inscrit à une garantie Frontamut dans les 3 mois de son embauche en Suisse,
- Pour le Frontalier qui s'inscrit à une garantie Frontamut avant ses 31 ans,
- Pour le Frontalier nouvellement résident en France qui s'inscrit dans les 3 mois suivants son installation en France sur production d'un justificatif de résidence principale,
- Pour le conjoint inscrit en garantie complémentaire d'un régime français de Sécurité sociale et qui s'inscrit dans le mois de cessation de sa prise en charge par ledit régime,
- Pour le nouveau-né inscrit dans les 3 mois suivants sa naissance, ou de son adoption, l'un des parents étant lui-même garanti,
- Pour la garantie « Frais obsèques ».

Dans les autres cas le droit aux prestations est ouvert après un délai de carence de :

- 3 mois : soins courants, soins dentaires et optique,
- 6 mois : hospitalisation, cure thermique, prothèses dentaires, orthodontie,
- 10 mois : maternité,
- 12 mois : traitement des affections mentales.

Ce délai de carence est calculé à partir de la date d'effet de l'adhésion.

* Dans la limite du niveau de remboursement de la garantie G1 qui est la garantie de référence pendant les 6 premiers mois de l'adhésion.

Cotisation

- L'âge pour déterminer le montant de la cotisation annuelle se calcule par rapport à l'année de naissance.
- La cotisation est payable trimestriellement d'avance. Le paiement mensuel est possible par prélèvement automatique.
- La cotisation enfant est applicable jusqu'à la fin de l'année civile du 20^e anniversaire, (ou du 28^e anniversaire à l'enfant étudiant qui ne relève pas d'un régime français d'assurance maladie obligatoire), elle est gratuite à partir du 3^e enfant inscrit.

Changement de garantie

- Le changement de garantie s'applique à l'ensemble de la famille, la demande doit être formulée au plus tard le 31 janvier pour prendre effet au 1^{er} janvier de la même année. Toute demande ultérieure sera effective au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- Le passage en garantie supérieure s'accompagne d'un engagement de 2 ans dans celle-ci et d'un délai de carence de 6 mois, période pendant laquelle l'adhérent bénéficie des prestations de sa précédente garantie.

Nous contacter
04 74 32 37 71

Gestion des dossiers
ADREA MUTUELLES PAYS DE L'AIN
FRONTAMUT - BP 16 - 01017 BOURG EN BRESSE CEDEX

Nos agences
St Genis Pouilly 04 50 42 11 58 / Bellegarde 04 50 48 07 45

Site Internet : www.adrea-paysdelain.fr

Siège social : 58, rue Bourmayer - BP 16
01017 Bourg-en-Bresse

Remboursements

- L'adhérent doit nous transmettre les feuilles de soins et factures acquittées ainsi que les ordonnances délivrées par le praticien consulté.
- Chaque feuille de soins doit être correctement complétée : nom et prénom du chef de famille - numéro d'adhérent - prénom du malade - rubriques accidents complétées - signature de chef de famille.
- Seuls sont remboursables les soins ayant fait l'objet d'une prescription médicale. Pour la pharmacie, les vignettes sont exigées.
- Certains soins sont obligatoirement soumis à **une demande d'entente préalable**, notamment :
 - l'orthodontie et l'orthopédie
 - les actes de rééducation
 - les cures thermales
 - les cures de désintoxication
 - les séjours en établissements spécialisés
- Le remboursement des prestations est subordonné au versement de la cotisation dans les délais fixés et ne peut excéder la dépense engagée.

Taux de change retenu : celui en vigueur au 1^{er} jour du mois des soins.

Tiers Payant

Vous bénéficiez d'une dispense d'avance de frais dans la limite de vos garanties auprès :

- des hôpitaux et cliniques du département,
- de l'hôpital cantonal de Genève,
- des pharmacies qui pratiquent ce service,
- des centres d'optique et dentaires mutualistes.

Accidents - Maladies professionnelles

Le travailleur frontalier doit obligatoirement déclarer les accidents de vie privée, du travail et les maladies professionnelles à sa Caisse Suisse Accident. **FRONTAMUT participe (sans délais de carence)** aux frais entraînés par un accident de vie privée non pris en charge par la Caisse Suisse Accident, sauf si son refus est motivé par le défaut ou le retard de déclaration de l'accident ou si les soins sont consécutifs à un accident résultant d'un état d'ivresse reconnu ou de l'usage de stupéfiants.

Le frontalier ayant le statut de profession indépendante ou de contractuel auprès d'un organisme international devra avoir souscrit une assurance accident à titre personnel.

Forclusion

Les feuilles de maladie et factures sont valables deux années à compter de la date des soins ou de la date à laquelle a été établie la demande d'entente préalable pour les traitements soumis à cette formalité.

Exclusions

Sont exclus des remboursements :

- Les soins prescrits avant la date d'adhésion, les hospitalisations prescrites avant la date d'adhésion ou en cours à la date d'adhésion.
- Les soins quels qu'en soit la nature consécutifs à :
 - un accident du travail (y compris les accidents de trajet), ou à une maladie professionnelle,
 - un accident résultant d'un état d'ivresse reconnu ou de l'usage de stupéfiants,
 - des mutilations volontaires, tentatives de suicide,
 - des blessures reçues au cours d'émeutes, soulèvement populaire, guerre civile ou étrangère, rixe, duel,
 - l'explosion d'un engin ou partie d'engin atomique,
 - des radiations ionisantes accidentelles de combustibles nucléaires ou produits et déchets radioactifs,
 - des catastrophes naturelles,
 - la pratique d'un sport aérien, automobile ou motocycliste à titre amateur ou professionnel,
- Les soins à caractère esthétique, sauf ceux consécutifs à un accident lui-même pris en charge, ou ceux justifiés au titre de maladie par le médecin-conseil.