



# Hector

MUTUELLE  
SANTÉ  
TNS



- ✓ Mutuelle défiscalisable Loi Madelin
- ✓ Remboursements renforcés sur l'optique, l'audio, le dentaire
- ✓ Prise en charge des Médecines Douces et Préventives

1<sup>er</sup> mois offert

DÈS  
**30,75** €  
/MOIS

## Hector, mes remboursements santé l'adorent...

Flexible, moderne et surtout **sans engagement**, Hector est la **mutuelle tout terrain des entrepreneurs et de leur famille**. Avec son **contrat modulable et ses renforts à la carte**, cette complémentaire santé TNS fait rimer garanties avec économies ! A la clé : un tarif compétitif et des remboursements rapides.

### Ma Mutuelle Santé TNS rembourse



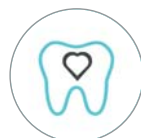
Soins courants  
**jusqu'à 250%**



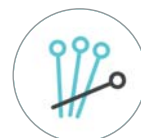
Médicaments  
**jusqu'à 150 €/an**



Optique  
**jusqu'à 1 050 €**



Dentaire  
**jusqu'à 1 500 €**



Médecines douces  
**8 séances max/an**



Hospitalisation  
**jusqu'à 220 €/jour**

# Mes DAvantages Mutuelle Santé TNS

- ✓ Des garanties adaptées aux professionnels et leur famille : ostéo, orthodontie, homéopathie...
- ✓ Pas d'avance de frais grâce au Tiers Payant
- ✓ Remboursements sous 48h, gérés depuis mon espace client
- ✓ Pas de questionnaire médical, ni délai de carence
- ✓ Cotisation offerte à partir du 3<sup>ème</sup> enfant
- ✓ Réductions optique/audio dans le réseau partenaire

## Mon Assistance Santé, je la garde au fond de la poche !

Par téléphone ou depuis votre espace client, l'assistance est disponible dès votre adhésion. Consommable à l'envie, l'assistance DA vous soutient face aux aléas du quotidien.



Pour mieux  
se protéger

**LES SOLUTIONS  
COMPLÉMENTAIRES DA**

**SURCOMPLÉMENTAIRE** Mes remboursements santé survitaminés

**BLESSURES, FRACTURES, BRÛLURES** La fin de l'hôpital trop cher !

**SURCOMPLÉMENTAIRE BIEN-ÊTRE** Mon alternative santé naturelle !

**CANCER FÉMININ** La garantie de préserver sa féminité



## Une question, contactez-nous !



[www.da.fr](http://www.da.fr)



[bonjour@da.fr](mailto:bonjour@da.fr)



01 77 75 04 49



DA - 11, rue Marsollier 75002 Paris



01 40 15 60 36



# Vos prestations Mutuelle Santé TNS

Garantie exprimée en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (part assurance maladie obligatoire incluse) ou en euros sur présentation des factures acquittées  
Remboursements limités aux frais engagés.




	FORCE 1	FORCE 2	FORCE 3	
 <b>MALADIE <sup>(1)</sup></b>	Consultations, visites généralistes (a)	100%	150%	250%
	Consultations, visites spécialistes (a)	100%	150%	250%
	Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100%	150%	250%
	Analyses médicales	100%	150%	250%
	Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) et actes techniques médicaux (a)	100%	150%	250%
	Pharmacie : médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100%	100%	100%
	Actes de petite chirurgie (a)	100%	150%	250%
 <b>OPTIQUE <sup>(2)</sup></b> <small>1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue</small>	Équipement simple (monture + verres simples) remboursé par l'assurance maladie obligatoire	200€	350€	450€
	Équipement complexe (monture + verres complexes) remboursé par l'assurance maladie obligatoire*	300€		
	Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100%	100%	100%
	Forfait lentilles remboursées ou non par l'assurances maladie obligatoire	100€	200€	300€
	Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie) /œil	100€	200€	300€
 <b>DENTAIRE <sup>(3)</sup></b>	Soins et consultations	175%	250%	350%
	Prothèses Implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire	175%	250%	350%
	Prothèses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100%	150%	250%
	Inlay core et Inlay core à clavettes	100%	150%	250%
	Plafond annuel prothèses dentaires	700€	850€	1 000€
	Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	175%	250%	350%
	Parodontologie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire/an	100€	160€	250€
	Implantologie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire (maxi 2 implants par an) /implant	100€	160€	250€
 <b>APPAREILLAGE <sup>(4)</sup></b>	Orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires, prothèses mammaires	100%	150%	250%
	Fauteuil roulant (forfait annuel) /an	100% + 400€	100% + 400€	100% + 400€
	Prothèses auditives /an	100% + 200€	100% + 300€	100% + 450€
 <b>PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE <sup>(5)</sup></b>	Médicaments, vaccins prescrits non remboursés par l'assurance maladie obligatoire /an	100€	125€	150€
	Ostéodensitométrie non remboursés par l'assurance maladie obligatoire	40€	40€	40€
	Podologie, Pédicurie /an	20€/séance 2 séances max	20€/séance 3 séances max	20€/séance 4 séances max
	Ostéopathe, Diététicien, Acupuncteur /an	20€/séance 2 séances max	20€/séance 3 séances max	20€/séance 4 séances max
	Actes de prévention remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100%	100%	100%



# Vos prestations Mutuelle Santé TNS

**Hector**  
MUTUELLE  
SANTÉ  
TNS

Garantie exprimée en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (part assurance maladie obligatoire incluse) ou en euros sur présentation des factures acquittées  
Remboursements limités aux frais engagés.

	FORCE 1	FORCE 2	FORCE 3	
 HOSPITALISATION (4)	Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique (a)	100%	150%	250%
	Si acte médical supérieur à 120 €, prise en charge du forfait	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Honoraires médicaux (a)	100%	150%	250%
	Frais de séjour	150%	150%	150%
	Forfait journalier	100%	100%	100%
	Chambre particulière /jour	30€	45€	60€
	Frais d'accompagnement /jour	15€	20€	35€
	Hospitalisation à domicile	100%	150%	250%
Frais de séjour et honoraires hospitalisation secteur non conventionné (limité à 45 jours/an) /jour	–	100€	125€	
 TRANSPORT (1)	Transports	100%	100%	100%
 CURES THERMALES (1)	Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement	100% + 100€	100% + 160€	150% + 200€

Vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ». Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

(a) Les dépassements sur les actes et honoraires pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif du contrat d'accès aux soins sont minorés de 20% par rapport au pourcentage indiqué dans le tableau et en tout état de cause plafonnés à 225% pour 2015 et 2016 et à 200% à partir de 2017.

Les forfaits hors optique sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

(1) Ces prestations sont prises en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

## (2) OPTIQUE

- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
- Le forfait équipement optique s'entend prise en charge du ticket modérateur incluse.
- La Mutuelle rembourse les verres selon le détail ci-dessous :

### Répartition des verres par codes lpp selon la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire

- Equipement simple : Monture + verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries :  
LPP : 2203240 - 2287916 - 2259966 - 2226412 - 2261874 - 2200393 - 2242457 - 2270413

- Equipement complexe : Monture + verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries :  
LPP : 2282793 - 2263459 - 2280660 - 2265330 - 2235776 - 2295896 - 2284527 - 2254868 - 2212976 - 2252668 - 2288519 - 2299523 - 2290396 - 2291183 - 2227038 - 2299180 - 2245384 - 2295198 - 2202239 - 2252042 - 2243540 - 2243304 - 2273854 - 2283953 - 2238941 - 2245036 - 2259245 - 2238792 - 2240671 - 2234239 - 2297441 - 2291088 - 2248320 - 2219381 - 2268385 - 2206800 - 2264045 - 2202452 - 2282221 - 2202452 - 2282221 - 2259660

- Dans le cas d'un équipement mixte (monture + 2 verres l'un simple, l'autre complexe), le remboursement s'effectue sur la base d'un équipement complexe.
- Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.

## (3) DENTAIRE

- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.

- Le plafond dentaire annuel concerne les prothèses, implants et parodontologie remboursés et les prothèses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que les Inlay core et Inlay core à clavettes. La Mutuelle prend en charge à ce titre leur remboursement, dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 100%.

## (4) HOSPITALISATION

- La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond indiqué, sauf convention particulière passée entre la Mutuelle et l'établissement.
- La durée de prise en charge de la chambre particulière est illimitée en chirurgie et médecine et limitée à 60 jours par année civile en maternité, rééducation, maison de repos, de convalescence et moyen séjour, limitée à 45 jours en psychiatrie, neuropsychiatrie.
- La chambre particulière n'est pas prise en charge pour les séjours en colonie sanitaire, cure thermale ou médicale, diététique, régime, nutrition ainsi que les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction.
- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.
- Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale n'est pas pris en charge.
- Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.
- Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation et concernent l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans ou d'un adulte de plus de 75 ans dans la limite de 30 jours par an ou dans les autres cas, dans la limite de 2 jours par an. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.
- Est réputé "accident de la circulation", l'accident :

- provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée,
- survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre.

Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

## (5) PREVENTION ET MEDECINES DOUCES

- Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline.

- Assistance : 0 810 638 440