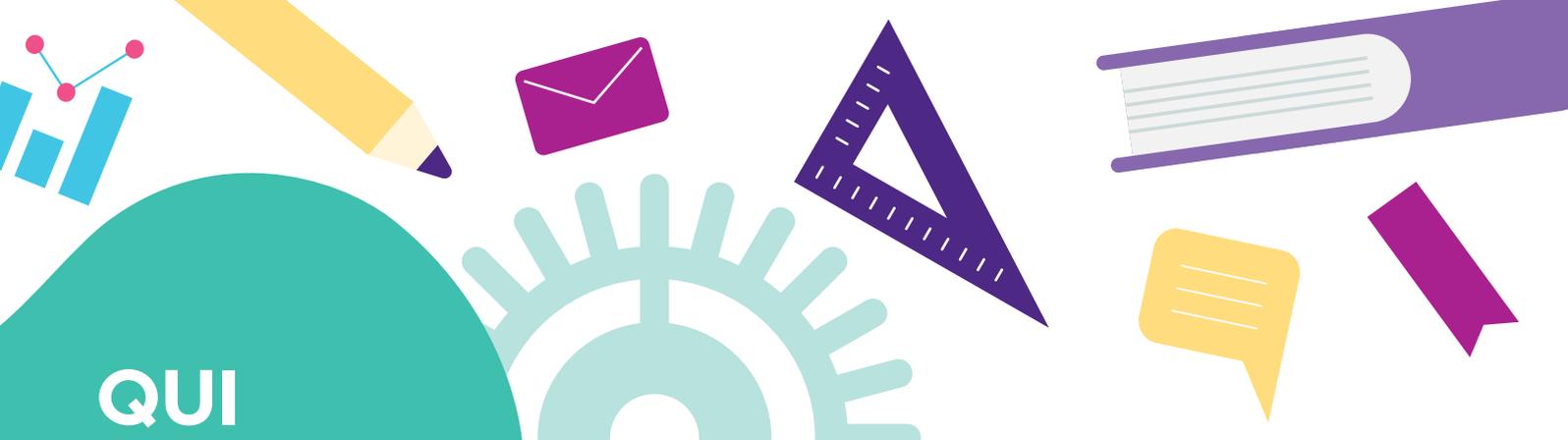


Mnec
Identités
Mutuelle



Gamme
SPELC
PRIVILÈGE



QUI SOMMES- NOUS ?

La Mneec, Mutuelle Nationale de l'Enseignement Catholique, est une mutuelle solidaire et performante, qui propose des garanties complémentaires santé adaptées à votre situation.

Une Mutuelle créée par les enseignants pour répondre aux besoins santé de ses adhérents issus de l'enseignement catholique.

La Mneec est une section d'Identités Mutuelle. Elle bénéficie d'une expérience reconnue de plus de 50 ans dans le domaine de la complémentaire santé de l'enseignement catholique et a développé pour vous une offre individuelle spécifique.

SPELC Privilège

4 niveaux pour vous protéger

Choisissez la formule qui s'adaptera le plus à vos besoins et votre budget.

Les **+** de vos **garanties**

UNE OFFRE SOLIDAIRE

- ✓ Aucun questionnaire de santé ni de limite d'âge
- ✓ Pas de délai d'attente après la souscription de votre garantie
- ✓ Des cotisations adaptées à tous les budgets
- ✓ Gratuité à partir du 3^{ème} enfant
- ✓ Avance de fonds (tiers payant)

UNE RÉPONSE À VOTRE BESOIN

- ✓ Dépassements d'honoraires en hospitalisation : une prise en charge dès le premier niveau de couverture
- ✓ Chambre particulière : une prise en charge haut de gamme allant jusqu'à 100€
- ✓ Un forfait médecines douces intégré dans toutes les formules
- ✓ Un bilan retraite offert à partir de 55 ans
- ✓ Un conseiller de proximité dédié : réactivité et rapidité de traitement de vos demandes

1 MOIS
OFFERT !

PROFITEZ-EN !

1 mois de cotisation offert pour toute nouvelle souscription*

* La gratuité s'appliquera sur votre 2^{ème} mois de cotisation

Garanties 2024

Les prestations du présent tableau de garanties respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse sauf forfait			
		SP1	SP2	SP3	SP4
HOSPITALISATION ⁽¹⁾					
Forfait journalier hospitalier		Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
Honoraires secteur conventionné	Médecin DPTAM	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	130% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Honoraires secteur non conventionné		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Frais de séjour secteur conventionné		150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Frais de séjour secteur non conventionné		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire		35 €	60 €	80 €	100 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		60/60/30 jours	60/60/30 jours	60/60/30 jours	60/60/30 jours
Frais accompagnant (par jour)		-	30 €	60 €	60 €
Limitation : âge / durée		< 16 ans	< 16 ans	< 16 ans	< 16 ans
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €				FR	
Forfait Patient Urgences				FR	
Transport		100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations et visites : Généralistes, spécialistes	Médecin DPTAM	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux	Médecin DPTAM	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR	150% BR	180% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		100% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Psychologue remboursé par le RO ⁽²⁾		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	125% BR	175% BR	200% BR
Médicaments pris en charge par le RO					
Médicaments		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments non pris en charge par le RO					
Médicaments prescrits, vaccins prescrits, contraception, sevrage tabagique		80 € / an	120 € / an	150 € / an	200 € / an
Matériel médical remboursé par le RO					
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT) ⁽³⁾		100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU, DVO) ⁽³⁾		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII) ⁽³⁾		150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Orthopédie (COR) ⁽³⁾		150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
OPTIQUE					
Un équipement (monture + 2 verres)					
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.					
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)					
Monture + Verres		Aucun reste à charge			
Panier de soins libre - Équipement Classe B					
Monture + 2 verres simples		175 €	225 €	300 €	350 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe		200 €	250 €	350 €	400 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes		200 €	275 €	400 €	500 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques, verres à filtre)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)			
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A			
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Équipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de Classe A et dans la limite de 100 €			
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)			
Autres prestations optiques					
Lentilles remboursées ou non par le RO ⁽⁴⁾		100 € / an	150 € / an	200 € / an	250 € / an
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO		150 € / an	300 € / an	400 € / an	500 € / an

	Sécurité sociale incluse sauf forfait			
	SP1	SP2	SP3	SP4
DENTAIRE				
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	Aucun reste à charge			
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré				
Inlay onlay	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Inlay Core	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	200% BR	250% BR	275% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO Implants (forfait par implant, 2 max. / an) Parodontologie non remboursée par le RO	-	100 €	450 €	450 €
Orthodontie remboursée par le RO	200% BR	250% BR	275% BR	300% BR
Plafond dentaire (hors soins et panier de soins 100% santé) ⁽⁵⁾	1 200 €/an	1 500 €/an	2 000 €/an	2 000 €/an
AIDES AUDITIVES				
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de classe II sont limitées à 1700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).				
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)				
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge			
Panier de soins libre				
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO dont piles, accessoires et frais de réparation (forfait par oreille)	100% BR + 200 €	100% BR + 300 €	100% BR + 500 €	100% BR + 600 €
PRÉVENTION				
Diététicien, ostéopathe, homéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur, pédicure-podologue ⁽⁶⁾ , étiope ⁽⁷⁾	40 € / séance 2 max. par an	40 € / séance 3 max. par an	40 € / séance 4 max. par an	40 € / séance 5 max. par an
Cures thermales prises en charge par le RO				
Frais d'établissement et d'honoraires	100% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Frais de transport et d'hébergement	100 € / an	150 € / an	200 € / an	250 € / an
Examen de la densitométrie osseuse	80 € / an	80 € / an	80 € / an	80 € / an
Vaccin anti-grippe non remboursé par le RO	12 € / an	12 € / an	12 € / an	12 € / an
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
GARANTIES +				
Maternité	250 €			
SERVICES				
Assistance	Oui			
Téléconsultation : Contacter un médecin 24h/24, 7j/7	Oui			
Tiers Payant	Oui			
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	Oui			
Protection Juridique Santé NOUVEAU	Oui			
Bilan retraite complet à partir de 55 ans ⁽⁸⁾	Oui			

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.

(2) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : <https://monpsy.sante.gouv.fr>

(3) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.

(4) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR pour les lentilles remboursées par le RO.

(5) Au-delà du plafond, les autres actes seront remboursés à hauteur de 100% BR.

(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

(7) Pour des actes réalisés par un étiope enregistré au répertoire national des étiopeistes.

(8) Suivi et accompagnement sur une durée maximum de 2 ans, hors régimes spéciaux.

Les cotisations sont fonction du régime d'assurance obligatoire, de la composition familiale et de l'âge des bénéficiaires. L'âge est déterminé par différence de millésime. Gratuité à partir du 3ème enfant.

VOS SERVICES INCLUS, SANS FRAIS SUPPLÉMENTAIRES

Une assistance haut de gamme : écouter, informer, trouver des solutions 24h/24, 7j/7

Au quotidien, le service **aide et conseil à la personne** vous apporte son **expertise** sur l'ensemble des domaines de la vie courante : famille, logement, assurances sociales, retraites, santé...

Des services accessibles en cas d'hospitalisation (dès l'ambulatorie) ou de maladie pour **faciliter votre quotidien** : aide à domicile, transfert médical, garde ou transfert des personnes dépendantes...

Une Commission d'action sociale mutualiste

Dépenses exceptionnelles occasionnées par l'achat d'un fauteuil roulant ou par l'équipement de votre logement pour cause de handicap, frais d'hospitalisation, d'obsèques ou reste à charge d'une prothèse auditive ou de soins dentaires...

Chaque année, un **fonds d'action sociale** est mis à votre disposition pour vous aider en cas de situation difficile. Des aides financières sont distribuées par le biais de cette commission.

La téléconsultation médicale accessible depuis votre mobile

Votre médecin traitant n'est pas joignable ? Besoin d'un deuxième avis médical en pleine nuit ? Vous avez une question ?

Grâce à notre partenaire Medaviz, vous pouvez joindre des professionnels de santé **24h/24, 7j/7 et sans rendez-vous** : médecins généralistes, sages-femmes, pharmaciens, psychologues/psychiatres... Plus de 20 spécialités sont disponibles. Tous les médecins de Medaviz sont diplômés en France et inscrits à l'ordre de leur spécialité.

Un bilan retraite complet à partir de 55 ans

Identités Mutuelle vous propose de réaliser gratuitement un **bilan retraite personnalisé** afin de vous accompagner dans la préparation de votre nouvel avenir.

Ce service vous apporte **soutien et aide** à l'approche du départ à la retraite : À quel âge partir ? La retraite progressive à 60 ans ? Carrière longue ? Décote ou surcote... ?



ACCOMPAGNEMENT & ADHÉSION...

Rien de plus simple, à vous de choisir la solution qui vous convient.

Contactez votre conseiller

QUENTIN LOUIS-JOSEPH

Toutes régions
06 20 29 36 11

MATHIEU LELIEVRE

Région Nord-Ouest
06 21 63 34 78

Par courrier en nous retournant la demande d'adhésion, accompagnée des pièces justificatives à l'adresse suivante :

MNEC / IDENTITÉS MUTUELLE

Place Clémenceau
62400 BÉTHUNE

IDENTITÉS MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité • SIREN 379 655 541
Siège social : 24 boulevard de Courcelles • 75017 PARIS • www.identites-mutuelle.com