

# MUTUELLE SANTÉ / OFFRE ANIMATION

Garanties en vigueur au 01/06/2020

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.



IDCC 1518 - Brochure 3246

La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins. **OPTAM/OPTAM-CO** : votre médecin adhère à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé. Vous bénéficiez de la prise en charge indiquée dans le tableau de garantie ci-dessous. **Hors OPTAM/OPTAM-CO** : votre médecin n'adhère pas à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, la prise en charge des dépassements d'honoraires est minorée de 20% BR et dans tous les cas à hauteur maximale de 100% BR.

	ANIM A	ANIM B	ANIM C
<b>SOINS COURANTS</b>			
<b>Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes</b> OPTAM/OPTAM-CO ?	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO ?	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes</b> OPTAM/OPTAM-CO	170 % BR	220 % BR	220 % BR
<b>Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Honoraires paramédicaux</b> (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Actes d'imagerie médicale</b> (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Actes d'imagerie médicale</b> (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Actes techniques médicaux</b> OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	145 % BR	170 % BR
<b>Actes techniques médicaux</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	125 % BR	150 % BR
<b>Pharmacie :</b>			
- médicaments remboursés à 15%	-	100 % BR	100 % BR
- médicaments remboursés à 30%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- médicaments remboursés à 65%	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Actes de petite chirurgie</b> OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	145 % BR	170 % BR
<b>Actes de petite chirurgie</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	125 % BR	150 % BR
<b>Matériel médical - Petits et grands appareillages</b>	100 % BR	200 % BR	300 % BR
<b>HOSPITALISATION (1)</b>			
<b>Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique</b> OPTAM/OPTAM-CO	170 % BR	220 % BR	220 % BR
<b>Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	24 €	24 €	24 €
<b>Honoraires médicaux</b> OPTAM/OPTAM-CO	170 % BR	220 % BR	220 % BR
<b>Honoraires médicaux</b> Hors OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR	200 % BR	200 % BR
<b>Frais de séjour</b>	100 % BR	200 % BR	300 % BR
<b>Forfait journalier</b>	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels
<b>Chambre particulière</b> - en chirurgie et médecine : durée illimitée - en maternité, rééducation, maison de repos, maison de convalescence et moyen séjour : 60 jours/an	1 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour	3 % PMSS/jour
<b>Frais d'accompagnement</b> -enfants de moins de 16 ans ou adultes de plus de 75 ans : 30 jours - autres cas : 2 jours	1 % PMSS/jour	1.50 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour
<b>Garanties majorées en cas d'accident de la circulation</b>			
Actes chirurgicaux et d'anesthésie OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes chirurgicaux et d'anesthésie Hors OPTAM/OPTAM-CO	160 % BR	180 % BR	200 % BR
Chambre particulière (6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie)	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour
Frais d'accompagnement : lit et repas en milieu hospitalier (durée 15 jours maximum par accident)	15 €/jour	25 €/jour	55 €/jour
Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...)	100 €/an	100 €/an	100 €/an
<b>OPTIQUE (2) 1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue</b>			
<b>Équipement 100% Santé* (monture et verres classe A)</b>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<b>Équipement hors 100% Santé (monture et verres classe B)</b>			
<b>Verre simple</b> moins de 16 ans remboursé par l'AMO	40 €/verre	80 €/verre	90 €/verre
<b>Verre simple</b> plus de 16 ans remboursé par l'AMO	40 €/verre	135 €/verre	155 €/verre
<b>Verre complexe</b> moins de 16 ans remboursé par l'AMO	90 €/verre	180 €/verre	190 €/verre
<b>Verre complexe</b> plus de 16 ans remboursé par l'AMO	90 €/verre	245 €/verre	265 €/verre
<b>Verre très complexe</b> moins de 16 ans remboursé par l'AMO	90 €/verre	180 €/verre	190 €/verre
<b>Verre très complexe</b> plus de 16 ans remboursé par l'AMO	90 €/verre	250 €/verre	270 €/verre
<b>Forfait monture</b> moins de 16 ans	60 €	85 €	100 €
<b>Forfait monture</b> plus de 16 ans	80 €	100 €	100 €
<b>Avantage adhérent équipement si achat dans un espace optique PréviFrance</b>			
- D'un équipement à verres simples dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 30€	+ 30€	+ 30€
- D'un équipement à verres complexes dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 60€	+ 60€	+ 60€
<b>Lentilles remboursées</b> par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Forfait Lentilles remboursées</b> par l'AMO	1.50 % PMSS/an	3 % PMSS/an	5 % PMSS/an
<b>Forfait Lentilles non remboursées</b> par l'AMO	1.50 % PMSS/an	3 % PMSS/an	5 % PMSS/an
<b>Avantage adhérent Lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance</b>			
	+ 30€/an	+ 30€/an	+30€/an
<b>Chirurgie réfractive de l'œil</b> (myopie, hypermétropie, presbytie)	-	22 % PMSS/oeil	35 % PMSS/oeil

\*Tels que définis réglementairement.

# MUTUELLE SANTÉ / OFFRE ANIMATION

Garanties en vigueur au 01/06/2020

	ANIM A	ANIM B	ANIM C
<b>DENTAIRE (3)</b>			
 <b>Soins et Prothèses 100% Santé* (panier sans reste à charge)</b>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<b>Soins et consultations</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Inlay-onlay</b>	125 % BR	150 % BR	175 % BR
<b>Prothèses</b> remboursées par l'AMO (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)			
<b>Dents du fond de bouche</b> remboursées par l'AMO	200 % BR	250 % BR	350 % BR
<b>Dents du sourire</b> remboursées par l'AMO	275 % BR	350 % BR	450 % BR
<b>Inlay-core et inlay-core à clavettes</b> (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	125 % BR	150 % BR	175 % BR
<b>Prothèses</b> non remboursées par l'AMO	-	300 €/an	400 €/an
<b>Orthodontie</b> remboursée par l'AMO	200 % BR	250 % BR	300 % BR
<b>Orthodontie</b> non remboursée par l'AMO	-	300 €/an	400 €/an
<b>Implantologie et parodontologie</b> remboursées par l'AMO	200 % BR	350 % BR	450 % BR
<b>Implantologie</b> non remboursée par l'AMO	-	12 % PMSS/an	12 % PMSS/an
<b>Parodontologie</b> non remboursée par l'AMO	-	300 €/an	400 €/an
*Tels que définis réglementairement.			
<b>AIDES AUDITIVES (4) 1 prothèse par oreille tous les 4 ans</b>			
 <b>Équipement 100% Santé* (Classe 1) à partir du 01/01/2021</b>	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
<b>Équipement hors 100% Santé (Classe 2)</b>			
<b>Aides auditives - Prothèses auditives</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Aides auditives - Prothèses auditives</b> (maxi 2 oreilles par an)	-	10 % PMSS /oreille	20 % PMSS /oreille
<b>Aides auditives - Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance</b>	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille
*Tels que définis réglementairement.			
<b>TRANSPORT</b>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>LES PLUS (5)</b>			
<b>Cures Thermales - Honoraires de surveillance, forfait thermal, forfait hébergement</b>	-	5 % PMSS/an	7 % PMSS/an
<b>Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire :</b> amniocentèse, contraception, fécondation in vitro, homéopathie non remboursée	20 €	30 €	40 €
<b>Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire :</b> acupuncteur, chiropraticien, diététicien diplômé d'état, étio-pathie, microkinésithérapeute, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue	20 €/séance 3 séances max/an	25 €/séance 3 séances max/an	35 €/séance 5 séances max/an
<b>Forfait Densitométrie osseuse</b> non remboursé par l'AMO	-	25 €/an	50 €/an
<b>Forfait Densitométrie osseuse</b> remboursé par l'AMO	100 % BR	100 % BR + 13 €	100 % BR + 38 €
<b>Forfait Vaccins</b> non remboursés par l'AMO	1 % PMSS/an	1.50 % PMSS/an	2 % PMSS/an
<b>Forfait Sevrage tabagique</b>	1 % PMSS/an	2 % PMSS/an	4 % PMSS/an
<b>Actes de prévention</b> remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Ces garanties sont conformes à la législation en vigueur sur les contrats responsables. Elles seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires. 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.



Mutuelle  
PréviFrance

## Mentions complémentaires

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

### (1) HOSPITALISATION

- 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.**
  - La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation **uniquement dans les secteurs précisés dans le tableau de garanties** ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond et du nombre de jours indiqués.
  - La chambre particulière n'est pas prise en charge dans les secteurs non mentionnés.
  - Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation. 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.

### (2) OPTIQUE

- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres.
  - Un verre simple est un verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00.
  - Un verre complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00.
  - Un verre très complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00.
- Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 et 2019-21 du 11 janvier 2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les moins de 16 ans 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. Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 100€.
- L'équipement 100% Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B ou inversement.
- Les « Avantages Adhérents » sont attribués en complément du forfait équipement, dans les limites des plafonds des « Contrats Responsables », soit pour un équipement simple : 420€, un équipement complexe : 700€, un équipement très complexe : 800€, un équipement simple et complexe : 560€, un équipement simple et très complexe : 610€, ou un équipement complexe et très complexe : 750€.
- Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.

### (3) DENTAIRE

- Les soins et prothèses 100% santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.
- 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.

### (4) AIDES AUDITIVES

- A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'équipement 100% Santé prévoit des aides auditives à prix limités (Classe I) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit une aide auditive à tarif libre (classe II), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garanties, dans la limite du plafond des « Contrats Responsables » (1700€/oreille).
- En application du décret 2019-21 du 11/01/2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait aide auditive tous les 4 ans.
- Les avantages Adhérent sont attribués en complément du forfait aide auditive, dans les limites des plafonds des « contrats responsables ».

### (5) LES PLUS

- 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.



Mutuelle  
PréviFrance

**COTISATIONS en vigueur au 01/01/2020**

## ➔ Cotisations mensuelles du socle obligatoire choisi par l'entreprise

Tarifs exprimés en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 2020 : 3428 €), exprimés à titre indicatif en euros

Socles obligatoires	ANIM A	ANIM B	ANIM C
ADULTE	0,940%	1,552%	1,748%
CONJOINT(E)	1,080%	1,552%	1,748%
ENFANT (3 <sup>e</sup> ENFANT GRATUIT)	0,700%	0,910%	1,097%

## ➔ Cotisations mensuelles des options choisies par le salarié

si l'entreprise choisit  
le socle **ANIM A**

	BASE (OBLIGATOIRE)	OPTIONS (FACULTATIVES)	
	ANIM A	1 ANIM A (Niveau ANIM B)	2 ANIM A (Niveau ANIM C)
ADULTE	0,940%	+0,672%	+0,910%
CONJOINT	1,080%	+0,672%	+0,910%
ENFANT (3 <sup>e</sup> enfant gratuit)	0,700%	+0,372%	+0,559%

si l'entreprise choisit  
le socle **ANIM B**

	BASE (OBLIGATOIRE)	OPTION (FACULTATIVE)
	ANIM B	1 ANIM B (Niveau ANIM C)
ADULTE	1,552%	+0,228%
CONJOINT	1,552%	+0,228%
ENFANT (3 <sup>e</sup> enfant gratuit)	0,910%	+0,217%



**Service Relation Adhérents**

**0 800 09 0800** Service & appel gratuits



**www.previfrance.fr**

■ Votre espace adhérent sécurisé et gratuit



**Mutuelle  
Prévifrance**