

MUTUELLE SANTÉ / OFFRE ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES



Garanties en vigueur au 01/01/2020

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.



Mutuelle
Prévoirance

IDCC 413 - Brochure 3116

	CCN66 A	CCN66 B	CCN66 C	CCN66 D
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO ?	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO ?	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR	200 % BR	200 % BR	220 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR	180 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	145 % BR	145 % BR	145 % BR	170 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	125 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	170 % BR	170 % BR	170 % BR	170 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Pharmacie : médicaments remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	170 % BR	170 % BR	170 % BR	170 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR	150 % BR	150 % BR	150 % BR
Matériel médical - Orthopédie, petits et grands appareillages	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
HOSPITALISATION (1)				
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	220 % BR	220 % BR	220 % BR	300 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	24 €	24 €	24 €	24 €
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO	220 % BR	220 % BR	220 % BR	220 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Frais de séjour	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière - en chirurgie, maternité et médecine : durée illimitée	2 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour	3 % PMSS/jour
Frais d'accompagnement - illimité pour tous les âges	1.50 % PMSS/jour	1.50 % PMSS/jour	1.50 % PMSS/jour	3 % PMSS/jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation				
Actes chirurgicaux et d'anesthésie OPTAM/OPTAM-CO	250 % BR	300 % BR	300 % BR	350 % BR
Actes chirurgicaux et d'anesthésie Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière (6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie)	100 €/jour	100 €/jour	100 €/jour	120 €/jour
Frais d'accompagnement : lit et repas en milieu hospitalier (durée 15 jours maximum par accident)	50 €/jour	55 €/jour	55 €/jour	70 €/jour
Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...)	100 €/an	100 €/an	100 €/an	100 €/an
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				
 Équipement 100% Santé* (monture et verres classe A)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement hors 100% Santé (monture et verres classe B)				
Verre simple moins de 16 ans remboursé par l'AMO	65 €/verre	65 €/verre	70 €/verre	70 €/verre
Verre simple plus de 16 ans remboursé par l'AMO	100 €/verre	100 €/verre	125 €/verre	125 €/verre
Verre complexe moins de 16 ans remboursé par l'AMO	145 €/verre	145 €/verre	150 €/verre	150 €/verre
Verre complexe plus de 16 ans remboursé par l'AMO	195 €/verre	195 €/verre	235 €/verre	235 €/verre
Verre très complexe moins de 16 ans remboursé par l'AMO	165 €/verre	165 €/verre	170 €/verre	170 €/verre
Verre très complexe plus de 16 ans remboursé par l'AMO	205 €/verre	205 €/verre	245 €/verre	245 €/verre
Forfait monture moins de 16 ans	90 €	90 €	100 €	100 €
Forfait monture plus de 16 ans	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait Lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire	3 % PMSS/an	3 % PMSS/an	3 % PMSS/an	6.50 % PMSS/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	22 % PMSS/an	22 % PMSS/an	22 % PMSS/an	25 % PMSS/an
*Tels que définis réglementairement.				
DENTAIRE (3)				
 Soins et Prothèses 100% Santé* (panier sans reste à charge)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Soins et consultations	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Inlay-onlay	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses remboursées par l'AMO (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	220 % BR	325 % BR	325 % BR	425 % BR
Dents du fond de bouche remboursées par l'AMO	250 % BR	250 % BR	350 % BR	450 % BR
Dents du sourire remboursées par l'AMO	150 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	7 % PMSS/an	7 % PMSS/an	7 % PMSS/an	10 % PMSS/an
Prothèses non remboursées par l'AMO	300 % BR	300 % BR	300 % BR	350 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	250 % BR	250 % BR	250 % BR	250 % BR
Orthodontie non remboursée par l'AMO (par semestre)	250 % BR	325 % BR	325 % BR	450 % BR
Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO	20 % PMSS/an	22 % PMSS/an	22 % PMSS/an	25 % PMSS/an
Implantologie non remboursée par l'AMO	900 €	1050 €	1050 €	1450 €
Plafond dentaire annuel appliqué à un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : Implantologie remboursée par l'AMO, Inlay-core et Inlay-core à clavettes, Parodontologie remboursée par l'AMO, Prothèses remboursées par l'AMO				
*Tels que définis réglementairement.				

MUTUELLE SANTÉ / OFFRE ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES

	CCN66 A	CCN66 B	CCN66 C	CCN66 D
AIDES AUDITIVES (4) 1 prothèse par oreille tous les 4 ans				
Équipement 100% Santé* (Classe 1) à partir du 01/01/2021	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement hors 100% Santé (Classe 2)				
Aides auditives - Prothèses auditives au-delà du forfait remboursement à hauteur de 100%	20 % PMSS /oreille	20 % PMSS /oreille	20 % PMSS /oreille	45 % PMSS /oreille
Aides auditives - Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance	+ 100€/oreille	+ 100€/oreille	+ 100€/oreille	+ 100€/oreille
<small>*Tels que définis réglementairement.</small>				
TRANSPORT	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
LES PLUS (5)				
Cures Thermales - Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : acupuncteur, chiropraticien, diététicien diplômé d'état, ostéopathe, psychomotricien	-	25 €/séance 4 séances max/an	25 €/séance 4 séances max/an	25 €/séance 4 séances max/an
Actes de prévention remboursés par l'AMO	100 % BR	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.

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 ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond indiqué.
- La chambre particulière n'est pas prise en charge pour les séjours en psychiatrie, neuropsychiatrie, colonie sanitaire, cure thermique ou médicale, diététique, régime, nutrition ainsi que les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction.**
- 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.

- 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.
- Le plafond dentaire annuel concerne les actes figurant au recto. Les prothèses et l'orthodontie remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge par la mutuelle dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 125%.

(4) AIDES AUDITIVES

- A compter du 1^{er} 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. 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.



Service Relation Adhérents

0 800 09 0800 Service & appel gratuits



www.previFrance.fr

■ Votre espace adhérent sécurisé et gratuit



**Mutuelle
PréviFrance**

MUTUELLE SANTÉ / OFFRE ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES

COTISATIONS en vigueur au 01/01/2020

Cotisations mensuelles des socles obligatoires

Tarifs exprimés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) : 3377 € en 2019

Socles obligatoires	CCN66 A	CCN66 B	CCN66 C	CCN66 D
SALARIÉ (E)	1,480%	1,619%	1,803%	2,008%
CONJOINT (E)	1,480%	1,619%	1,803%	2,008%
ENFANT (3 ^e enfant gratuit)	0,670%	0,850%	0,932%	1,045%

si l'entreprise choisit
le socle **CCN66 A**

	BASE (OBLIGATOIRE)	OPTIONS (FACULTATIVES)		
	CCN66 A	CCN66-1 (Niveau CCN66 B)	CCN66-2 (Niveau CCN66 C)	CCN66-3 (Niveau CCN66 D)
SALARIÉ (E)	1,480%	+0,277%	+0,334%	+0,605%
CONJOINT (E)	1,480%	+0,277%	+0,334%	+0,605%
ENFANT (3 ^e enfant gratuit)	0,670%	+0,236%	+0,290%	+0,420%



Service Relation Adhérents

0 800 09 0800 Service & appel gratuits



www.previfrance.fr

■ Votre espace adhérent sécurisé et gratuit



**Mutuelle
Prévifrance**