

MUTUELLE SANTÉ / ENTREPRISES

Garanties en vigueur au 01/01/2019

Garanties exprimées 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.



	ANI 1	PLUS 2	MULTI 3	MAX 4	TOP 5
MALADIE (1)					
Consultations, visites généralistes (a)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Consultations, visites spécialistes (a)	100 %	125 %	150 %	200 %	300 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Analyses médicales	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) et actes techniques médicaux (a)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Pharmacie : médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes de petite chirurgie (a)	120 %	140 %	150 %	200 %	250 %
APPAREILLAGE (1)					
Orthopédie, petits et grands appareillages	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Prothèses capillaires, mammaires	100 %	100 %	100 % + 200 €/an	100 % + 300 €/an	100 % + 350 €/an
Prothèses auditives (montant exprimé par oreille)	100 %	100 %	100 % + 200 €/an	100 % + 300 €/an	100 % + 350 €/an
Avantage adhérent si achat dans un centre d'audioprothèse PréviFrance	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille
OPTIQUE (2) 1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue					
Équipement simple (monture + verres simples) remboursé par l'assurance maladie obligatoire*	105 €	175 €	245 €	345 €	440 €
Équipement complexe (monture + verres complexes) remboursé par l'assurance maladie obligatoire*	200 €	210 €	310 €	480 €	610 €
Avantage adhérent Équipement si achat dans un espace optique PréviFrance*					
- D'un équipement à verres simples	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an
- D'un équipement à verres complexes	+ 60 €/an	+ 60 €/an	+ 60 €/an	+ 60 €/an	+ 60 €/an
(*) maximum 150 € pour la monture y compris avantage adhérent					
Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire	-	80 €/an	100 €/an	120 €/an	150 €/an
Avantage adhérent Lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	-	200 €/œil	300 €/œil	400 €/œil	450 €/œil
DENTAIRE (3)					
Soins et consultations	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire	125 %	200 %	300 %	350 %	400 %
Inlay core et Inlay core à clavettes	125 %	125 %	150 %	170 %	200 %
Prothèses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	-	150 €/an	200 €/an	300 €/an	400 €/an
Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	125 %	200 %	300 %	350 %	350 %
Orthodontie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire	-	200 €/an	300 €/an	400 €/an	500 €/an
Implantologie et parodontologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	-	400 €/an	500 €/an	650 €/an	750 €/an
HOSPITALISATION (4)					
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique (a)	120 %	140 %	150 %	200 %	250 %
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €
Honoraires médicaux (a)	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier (voir mentions complémentaires)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (voir mentions complémentaires)	-	50 €/jour	55 €/jour	65 €/jour	80 €/jour
Chambre particulière ambulatoire (voir mentions complémentaires)	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour
Frais d'accompagnement (voir mentions complémentaires)	-	15 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	25 €/jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation					
Actes chirurgicaux et d'anesthésie (a)	180 %	200 %	250 %	300 %	350 %
Chambre particulière (6 mois max. en secteur médecine et chirurgie)	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour
Frais d'accompagnement : lit et repas en milieu hospitalier (durée 15 jours max. /accident)	15 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...)	100 €/an	100 €/an	100 €/an	100 €/an	100 €/an
TRANSPORT (1)					
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
CURES THERMALES (1)					
Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement	100 %	100 %	100 %	100 %	150 %
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES (5)					
Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : contraception, amniocentèse, fécondation in vitro, vaccins non remboursés, ostéodensitométrie, homéopathie non remboursée, sevrage tabagique	-	30 €/an	40 €/an	50 €/an	60 €/an
Forfait séances (3 séances max/an) toutes spécialités énumérées confondues : ostéopathe, chiropraticien, acupuncteur, pédicure-podologue, diététicien diplômé d'état, microkinésithérapeute	-	20 €/séance	30 €/séance	35 €/séance	40 €/séance
Actes de prévention remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

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 remboursements des dépassements sur les actes et honoraires pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif « OPTAM /OPTAM-CO » sont minorés de 20% par rapport au pourcentage indiqué dans le tableau de garantie et plafonnés dans tous les cas à 200%.

Les forfaits hors équipement 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

Équipement 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

Équipement 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 dans la limite de 550 €.

■ Les avantages Adhérent Équipement sont attribués en complément du forfait équipement optique, dans les conditions et limites des plafonds des « contrats responsables ».

(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.

(4) HOSPITALISATION

■ La prise en charge de la chambre particulière s'exerce à concurrence du tarif plafond indiqué.

■ 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.

■ **La chambre particulière n'est pas prise en charge pour les séjours en psychiatrie, neuropsychiatrie, colonie sanitaire, cure thermale ou médicale, diététique, régime, nutrition ainsi que les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction.**

■ La durée de prise en charge de la chambre particulière ambulatoire est limitée à 10 jours par an.

■ 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 unité et centre 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) 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