

	PRIMA+	BASIC+	MEZZO+	AMPLI+	MAXI+
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO ?	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO ?	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes,...)	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR
Pharmacie :					
médicaments remboursés à 15 %	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
médicaments remboursés à 30 %	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
médicaments remboursés à 65 %	100 % BR				
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	120 % BR	130 % BR	140 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Matériel médical - Orthopédie, petits et grands appareillages	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Matériel médical - Prothèses capillaires et mammaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR +50 €/an	100 % BR +200 €/an	100 % BR +300 €/an
HOSPITALISATION (1)					
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	120 % BR	130 % BR	140 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR
Frais de séjour	100 % BR				
Forfait journalier	100 % FR				
Chambre particulière en chirurgie : durée illimitée et médecine : durée illimitée en maternité : 60 jours/an, rééducation : 60 jours/an, maison de repos : 60 jours/an, maison de convalescence : 60 jours/an et moyen séjour : 60 jours/an	-	-	55 €/jour	60 €/jour	70 €/jour
Frais d'accompagnement : - enfants de moins de 16 ans ou adultes de plus de 75 ans : 30 jours - autre cas : 2 jours	-	-	15 €/jour	20 €/jour	25 €/jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation					
Actes chirurgicaux et d'anesthésie OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR	180 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Actes chirurgicaux et d'anesthésie Hors OPTAM/OPTAM-CO	160 % BR	160 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière (6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie)	-	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour
Frais d'accompagnement : lit et repas en milieu hospitalier (durée 15 jours max/accident)	15 €/jour	15 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone,...)	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				
Équipement hors 100% Santé (monture et verres classe B)					
- Monture + verre simple et/ou complexe (en %)	100 % BR	-	-	-	-
- Verre simple	-	40 €/verre	55 €/verre	75 €/verre	100 €/verre
- Verre complexe	-	90 €/verre	95 €/verre	105 €/verre	190 €/verre
- Verre très complexe	-	90 €/verre	95 €/verre	105 €/verre	190 €/verre
- Monture	-	25 €	70 €	100 €	100 €
Avantage adhérent équipement si achat dans un espace optique PréviFrance					
- D'un équipement à verres simples dans la limite des plafonds des « Contrats Responsables »	-	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €
- D'un équipement à verres complexes dans la limite des plafonds des « Contrats Responsables »	-	+ 60 €	+ 60 €	+ 60 €	+ 60 €
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR				
Forfait Lentilles remboursées ou non par l'AMO	-	80 €/an	120 €/an	140 €/an	160 €/an
Avantage adhérent Lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance					
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)					
- Année 1	-	-	100 €/œil	150 €/œil	200 €/œil
- Année 2	-	-	150 €/œil	200 €/œil	300 €/œil
- Années suivantes	-	-	200 €/œil	300 €/œil	400 €/œil
*Tels que définis réglementairement.					
DENTAIRE (3)					
 Soins et Prothèses 100% Santé* (panier sans reste à charge)	Remboursement intégral				
Soins et consultations	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Inlay-onlay	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses remboursées par l'AMO (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	100 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	100 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	100 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO	100 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
*Tels que définis réglementairement.					

PRIMA+

BASIC+

MEZZO+

AMPLI+

MAXI+

VOTRE FIDÉLITÉ RÉCOMPENSÉE ! Vos remboursements augmentent les 3 premières années comme indiqué ci-dessous

Plafond annuel	PRIMA+	BASIC+	MEZZO+	AMPLI+	MAXI+
prothèses, soins remboursés voir conditions au verso	-	-	500 €/an	800 €/an	800 €/an
- Année 1	-	-	800 €/an	1200 €/an	1200 €/an
- Année 2	-	-			
Panier de soins dentaire affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : implantologie, parodontologie, orthodontie et prothèses non remboursées par l'AMO					
- Année 1	-	-	200 €/an	300 €/an	400 €/an
- Année 2	-	-	300 €/an	400 €/an	500 €/an
- Années suivantes	-	-	400 €/an	500 €/an	600 €/an

AIDES AUDITIVES (4) 1 prothèse par oreille tous les 4 ans

	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
 Équipement 100 % Santé* (Classe 1)					
Équipement hors 100 % Santé (Classe 2)					
Aides auditives - Prothèses auditives par oreille	100 % BR	100 % BR	100 % BR +50 €/oreille	100 % BR +200 €/oreille	100 % BR +300 €/oreille
Aides auditives - Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance	+100 €/oreille	+100 €/oreille	+100 €/oreille	+100 €/oreille	+100 €/oreille

*Tels que définis réglementairement.

TRANSPORT	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
-----------	----------	----------	----------	----------	----------

LES PLUS (5)

Cures Thermales - Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : amniocentèse, contraception, fécondation in vitro, médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables, ostéodensitométrie, sevrage tabagique, vaccins non remboursés	-	-	30 €	50 €	70 €
Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : acupuncteur, chiropraticien, diététicien diplômé d'état, étiopathie, microkinésithérapeute, ostéopathe, pédicure-podologue	-	-	30 €/séance 3 séances max/an	35 €/séance 3 séances max/an	40 €/séance 3 séances max/an
Actes de prévention remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

 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 maîtrisée. 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.

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 au dos de la plaquette.

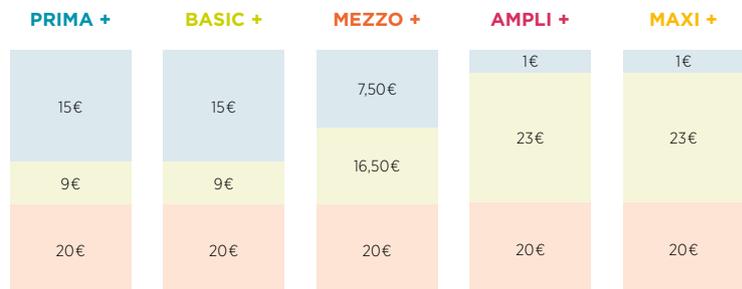
EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

(calculés d'après la réglementation en vigueur au 01/01/2020)

■ Remboursement Assurance Maladie
 ■ Remboursement Mutuelle PréviFrance
 ■ Reste à votre charge

Soins courants

Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)

 Prix moyen national de l'acte : **44 €**

Optique

Équipement optique de classe A
monture + verres
(équipement 100 % Santé) :

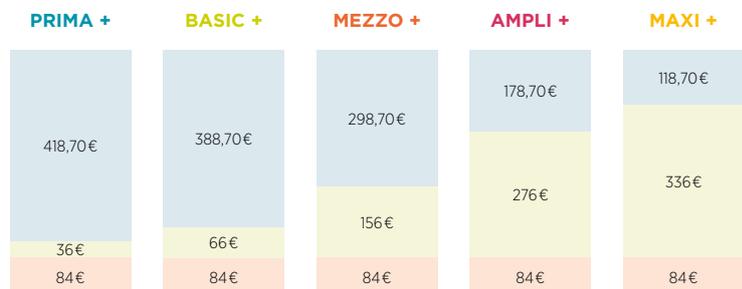
 Prix limite de vente : **125 €**

Cet exemple correspond à un équipement 100 % SANTÉ, votre reste à charge est à 0 €.

Vous conservez la possibilité de choisir des équipements différents, à tarifs libres et remboursés dans des conditions définies par votre garantie.


Dentaire

Couronne céramo-métallique
sur deuxième pré-molaires
(paniers à tarifs modérés)

 Honoraires limite de facturation : **538,70 €**


COMPLÉTEZ VOTRE COUVERTURE SANTÉ

Indemnités Journalières Hospitalisation

Pour couvrir les faux frais que génère une hospitalisation (télévision, aide ménagère, dépassement d'honoraires...).

Garantie Décès/Invalidité

Pour mettre vos proches à l'abri de soucis financiers.

Protection Accident

Pour faire face en cas d'accident, aux coûts élevés directs ou indirects d'une hospitalisation ou d'un décès..

UNE MUTUELLE PROCHE DE VOUS



EN AGENCE

40 agences



PAR TÉLÉPHONE

Service Relation Adhérents

0 800 09 0800 Service & appel gratuits

Du lundi au vendredi
de 8h30 à 17h30
sans interruption



SUR INTERNET

previfrance.fr

Votre espace adhérent
sécurisé et gratuit

Vos demandes de devis
santé, auto, habitation...

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.

DISPOSITIONS APPLICABLES

Garantie régie par les Règlements Mutualistes de la Mutuelle PréviFrance.

(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.

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 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.

Les forfaits concernant la chirurgie réfractive sont calculés par année d'ancienneté dans la garantie par bénéficiaire et ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

(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 maltrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux et 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 prothèses, implants et parodontologie remboursés 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%. Les plafonds se calculent par année d'ancienneté dans la garantie à partir de la date d'adhésion.

(4) AIDES AUDITIVES

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.

Les médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 % ; la Mutuelle rembourse ces médicaments sur présentation de la facture originale acquittée.

Vos avantages

Gratuité de la cotisation du nouveau né jusqu'à son premier anniversaire.

Gratuité de la cotisation à partir du troisième enfant, lorsque les deux aînés (inscrits à la Mutuelle en tant qu'ayant droit du membre participant) sont âgés de moins de 20 ans dans l'année en cours.

Garantie « coups durs » : prise en charge de la cotisation familiale par la Mutuelle à hauteur de 50% pendant 1 an

- En cas de licenciement pour motif économique, à l'exclusion de toute autre cause de départ du membre participant âgé de moins de 62 ans ayant plus de 3 ans d'ancienneté dans la garantie sur présentation de l'attestation de Pôle emploi.

- En cas d'invalidité de 3^e catégorie du membre participant âgé de moins de 62 ans ayant plus de 3 ans d'ancienneté dans la garantie sur présentation de la notification de mise en invalidité.

La prise en charge s'effectue sans rétro activité au premier jour du mois, suivant la réception de la demande écrite, accompagnée des justificatifs, sous réserve que le membre participant soit à jour du paiement de ses cotisations.

Cette garantie ne donne pas lieu à un remboursement de cotisation.

