

	PRIMO+	PREVI+	PREMIUM+
MALADIE (1)			
Consultations, visites (généralistes, spécialistes) (a)	100 %	130%	200%
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100 %	130%	200%
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) et actes techniques médicaux (a)	100 %	130%	200%
Analyses médicales	100 %	130%	200%
Pharmacie : médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100%	100%
Actes de petite chirurgie (a)	100 %	150%	230%
APPAREILLAGE (1)			
Orthopédie, petits et grands appareillages	100 %	100 % + 20 €/an	100 % + 50 €/an
Prothèses auditives (achat, entretien et réparation)	100 %	200%	200 %
Forfait prothèses auditives (achat)	-	-	150 €/an
Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance	+100 €/oreille	+100 €/oreille	+100 €/oreille
Prothèses capillaires, mammaires	100 %	100 % + 100 €/an	100 % + 150 €/an
Semelles orthopédiques	100 %	100 % + 120 €/an	100 % + 150 €/an
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*	100 %	230 €	330 €
Équipement complexe (monture + verres complexes) remboursé par l'assurance maladie obligatoire*	100 %	300 €	400 €
Avantage adhérent équipement si achat dans un espace optique PréviFrance *			
- D'un équipement à verres simples	-	+ 30 €	+ 30 €
- D'un équipement à verres complexes	-	+ 60 €	+ 60 €
(*) maximum 150 € pour la monture y compris avantage adhérent			
Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %
Forfait Lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire	-	150 €/an	200 €/an
Avantage adhérent Lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance	+ 30 €/an	30 €/an	30 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	-	400 € / œil	500 € / œil
DENTAIRE (3)			
Soins et consultations	120 %	150 %	200 %
Prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire	150 %	300 %	370 %
Plafond annuel : prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire	-	-	2000 €/an
Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	150 %	300 %	325 %
Panier de soins dentaires affecté à l'un ou plusieurs des postes suivants par an et par bénéficiaire : implantologie, parodontologie, orthodontie et prothèses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 €/an	250 €/an	350 €/an
HOSPITALISATION (4)			
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique (a)	100 %	150 %	230 %
Si acte médical supérieur à 120 €, prise en charge du forfait	18 €	18 €	18 €
Honoraires médicaux (a)	100 %	130 %	200 %
Frais de séjour	100 %	130 %	200 %
Forfait journalier (voir mentions au dos)	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (voir mentions au dos)	40 € / jour	55 € / jour	70 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire (voir mentions au dos)	20 € / jour	30 € / jour	40 € / jour
Frais d'accompagnement (voir mentions au dos)	16 € / jour	16 € / jour	16 € / jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation			
- Actes chirurgicaux et d'anesthésie (a)	160 %	250 %	400 %
- 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)	30 € / jour	30 € / jour	30 € / jour
- Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, internet, autres...)	100 €/an	100 €/an	100 €/an
TRANSPORT (1)			
	100 %	100 %	100 %
CURES THERMALES (1)			
Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement	100 %	100 %	100 % + 120 €/an
LES PLUS (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	80 €/an	100 €/an	120 €/an
Médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables	-	20 €/an	50 €/an
Forfait séances (toutes spécialités confondues) : ostéopathe, chiropraticien, acupuncteur, pédicure-podologue, microkinésithérapeute, diététicien diplômé d'état, étioptathe	50 €/an	100 €/an	150 €/an
Prime de naissance	80 €	80 €	100 €
Actes de prévention remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %

Mentions complémentaires

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 garanties 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 inclus.

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.

Les avantages Adhèrent sont attribués en complément du forfait équipement optique, dans les 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.

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%.

(4) **HOSPITALISATION** : La chambre particulière est prise en charge à concurrence du tarif plafond indiqué.

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

La durée de prise en charge de la chambre particulière est illimitée en chirurgie, médecine et maternité, limitée à 60 jours par année civile en centre de rééducation, de régime, maison de repos et de convalescence.

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

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).

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.

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** :

Prévention et médecines douces :

- 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.

La prime de naissance est versée lors de l'inscription de l'enfant dans les 6 mois suivant la naissance ou l'adoption.

Mutuelle PréviFrance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - SIREN n° 776 950 669.

Mutuelle PréviFrance Services Santé soumise aux dispositions du livre III du Code de la Mutualité - SIREN n° 444 607 998.

Mutuelle PréviFrance - Siège social : 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6. © Agence coRco - 08/2018. Document non contractuel à caractère publicitaire. Crédit photos : Laurent Moynat. Istock : izusek, PeopleImages, RyanJLane, Aslan Alphan, Geber86. Thinkstock : Stockbyte.



Mutuelle
PréviFrance

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

(calculés d'après la réglementation en vigueur au 01/08/2018)



30€
de remboursement
supplémentaire
si votre achat est fait
dans un Espace Optique
PréviFrance



Maladie

Consultation
chez un
spécialiste :
40€



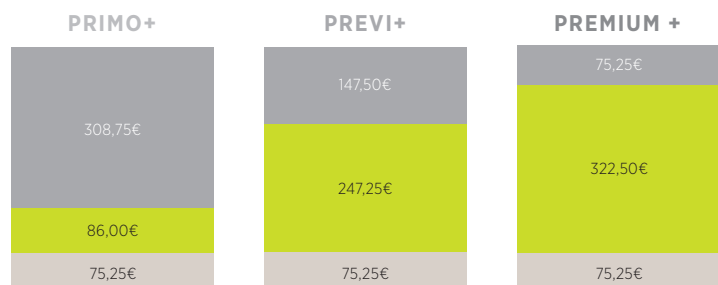
Optique

Équipement
simple : monture
+ verres :
270€



Dentaire

Couronne
dentaire
céramique :
470€



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