

MUTUELLE SANTÉ / OFFRE ANIMATION

Garanties en vigueur au 01/01/2018

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.



IDCC 1518 - Brochure 3246

	ANIM A	ANIM B	ANIM C			
MALADIE (1)						
Consultations, visites généralistes (a)	100 %	100 %	100 %			
Consultations, visites spécialistes (a)	140 %	220 %	220 %			
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100 %	100 %	100 %			
Pharmacie : médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %			
Pharmacie : médicaments remboursés à 30% par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %			
Pharmacie : médicaments remboursés à 15% par l'assurance maladie obligatoire	-	100 %	100 %			
Analyses médicales	100 %	100 %	100 %			
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) (a)	100 %	100 %	100 %			
Actes techniques médicaux (a)	100 %	145 %	170 %			
Actes de petite chirurgie (a)	100 %	145 %	170 %			
APPAREILLAGE (1)						
Petits et grands appareillages (hors prothèses auditives)	100 %	200 %	300 %			
Prothèses auditives (2 prothèses maxi par an)	100 %	100 % + 10% PMSS/oreille	100% + 20% PMSS/oreille			
Avantage adhérent si achat dans un espace Audition par Prévoyance	+ 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						
Verres et monture remboursés par l'assurance maladie obligatoire	Enfant <18 ans	Adulte	Enfant <18 ans	Adulte	Enfant <18 ans	Adulte
Verres Simple Foyer, Sphérique						
sphère de -6 à +6	40 €	40 €	70 €	110 €	80 €	120 €
sphère de -6,25 à -10 ou de + 6,25 à +10	90 €	90 €	90 €	130 €	100 €	140 €
sphère <-10 ou >+10	90 €	90 €	110 €	150 €	120 €	160 €
Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques						
cylindre <+4 sphère de -6 à +6	40 €	40 €	80 €	120 €	90 €	130 €
cylindre <+4 sphère de <-6 à >+6	90 €	90 €	100 €	140 €	110 €	150 €
cylindre >+4 sphère de -6 à +6	90 €	90 €	120 €	160 €	130 €	170 €
cylindre >+4 sphère de <-6 à >+6	90 €	90 €	140 €	180 €	150 €	190 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques						
sphère de - 4 à +4	90 €	90 €	130 €	200 €	140 €	210 €
sphère <-4 ou >+4	90 €	90 €	150 €	220 €	160 €	230 €
Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques						
sphère de -8 à +8	90 €	90 €	160 €	230 €	170 €	240 €
sphère <-8 ou >+8	90 €	90 €	180 €	250 €	190 €	260 €
Monture	20 €	20 €	85 €	125 €	100 €	150 €
Avantage adhérent si achat dans un espace Optic par Prévoyance						
D'un équipement à verres simples	+ 30 €		+ 30 €		+ 30 €	
D'un équipement à verres complexes	+ 60 €		+ 60 €		+ 60 €	
Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 %		100 %		100 %	
Forfait lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire	1,5 % PMSS/an		3 % PMSS/an		5 % PMSS/an	
Avantage adhérent si achat dans un espace Optic par Prévoyance				+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	10 % PMSS/œil		22 % PMSS/œil		35 % PMSS/œil	
DENTAIRE (3)						
Soins et consultations	100 %		100 %		100 %	
Onlays-Inlays	125 %		150 %		175 %	
Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	200 %		250 %		300 %	
Orthodontie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire	-		300 €/an		400 €/an	
Prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire						
- dents du sourire	200 %		350 %		450 %	
- dents du fond de bouche	150 %		250 %		350 %	
Inlays-core	125 %		150 %		175 %	
Prothèses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	-		300 €/an		400 €/an	
Parodontologie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire	-		300 €/an		400 €/an	
Implantologie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire	-		12 % PMSS/an		12 % PMSS/an	

MUTUELLE SANTÉ / OFFRE ANIMATION

Garanties en vigueur au 01/01/2018

	ANIM A	ANIM B	ANIM C
HOSPITALISATION (1) (4)			
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique (a)	100 %	220 %	220 %
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	18 €	18 €	18 €
Honoraires médicaux (a)	100 %	220 %	220 %
Frais de séjour	100 %	200 %	300 %
Chambre particulière (voir mentions complémentaires)	1% PMSS/jour	2 % PMSS/jour	3 % PMSS/jour
Forfait journalier (voir mentions complémentaires)	100 %	100 %	100 %
Frais d'accompagnement (voir mentions complémentaires)	1% PMSS/jour	1.5 % PMSS/jour	2 % PMSS/jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation			
- Actes chirurgicaux et d'anesthésie (a)	180 %	200 %	300 %
- 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 max./accident)	15 €/jour	25 €/jour	30 €/jour
- Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...)	100 €/an	100 €/an	100 €/an
TRANSPORT (1)	100 %	100 %	100 %
CURES THERMALES (1)	-	5 % PMSS	7 % PMSS
LES PLUS (5)			
Vaccins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire	1% PMSS/an	1,5% PMSS/an	2% PMSS/an
Ostéodensitométrie osseuse	20 €/an	25 €/an	50 €/an
Patch anti-tabac	1% PMSS/an	2% PMSS/an	4% PMSS/an
Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : contraception, amniocentèse, fécondation in vitro, homéopathie non remboursée	20 €	30 €	40 €
Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : ostéopathe, chiropraticien, acupuncteur, pédicure-podologue, diététicien diplômé d'état, microkinésithérapeute	20 €/séance 3 séances maxi / an	25 €/séance 3 séances maxi / an	35 €/séance 5 séances maxi / an
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.

% PMSS /Plafond mensuel de la Sécurité Sociale	1,5 %	2 %	3 %	4 %	5 %	7 %	10 %	12 %	20 %	22 %	35 %
Valeur en euros à titre indicatif (PMSS 2018 : 3311 €)	49,67 €	66,22 €	99,33 €	132,44 €	166,55 €	231,77 €	331,10 €	397,32 €	662,20 €	728,42 €	1158,85 €

(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 incluse.

■ La Mutuelle rembourse les verres selon le détail ci-dessous :

Verres Simple Foyer, Sphérique sphère de -6 à +6, sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10, sphère < -10 ou > +10 - LPP : 2242457, 2261874, 2243304, 2243540, 2291088, 2297441, 2248320, 2273854 **Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques** cylindre < +4 sphère de -6 à +6, cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6, cylindre > +4 sphère de -6 à +6, cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6 - LPP : 2200393, 2270413, 2219381, 2283953, 2238941, 2268385, 2206800, 2245036 **Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques** sphère de -4 à +4, sphère < -4 ou > +4 - LPP : 2264045, 2259245, 2202452, 2238792 **Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques** sphère de -8 à +8, sphère < -8 ou > +8 - LPP : 2240671, 2282221, 2234239, 2259660

■ Les avantages Adhérent 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.

(4) HOSPITALISATION

■ 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, sauf convention particulière passée entre la Mutuelle et l'établissement.

■ 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 thermique ou médicale, diététique, régime, nutrition 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). 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.**

■ Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation et concerner 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
Prévoirance

COTISATIONS en vigueur au 01/01/2018

➔ Cotisations mensuelles du socle obligatoire choisi par l'entreprise

Tarifs exprimés en % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS 2018 : 3311 €), exprimés à titre indicatif en euros

Socles obligatoires	ANIM A	ANIM B	ANIM C
ADULTE	0,94 %	1,47 %	1,66 %
	31,12 €	48,67 €	54,96 €
CONJOINT(E)	1,08 %	1,47 %	1,66 %
	35,76 €	48,67 €	54,96 €
ENFANT (3 ^e ENFANT GRATUIT)	0,70 %	0,86 %	1,04 %
	23,18 €	28,47 €	34,43 €

➔ 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	0,94 %	+ 0,64 %	+ 0,86 %
	31,12 €	+ 21,19 €	+ 28,47 €
CONJOINT	1,08 %	+ 0,64 %	+ 0,86 %
	35,76 €	+ 21,19 €	+ 28,47 €
ENFANT (3 ^e enfant gratuit)	0,70 %	+ 0,35 %	+ 0,53 %
	23,18 €	+ 11,59 €	+ 17,55 €

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

	BASE (OBLIGATOIRE)	OPTION (FACULTATIVE)
	ANIM B	1 ANIM B (Niveau ANIM C)
ADULTE	1,47 %	+ 0,22 %
	48,67 €	+ 7,28 €
CONJOINT	1,47 %	+ 0,22 %
	48,67 €	+ 7,28 €
ENFANT (3 ^e enfant gratuit)	0,86 %	+ 0,21 %
	28,47 €	+ 6,95 €



Service Relation Adhérents

0 800 09 0800 Service & appel gratuits



www.previfrance.fr

■ Votre espace adhérent sécurisé et gratuit



**Mutuelle
PréviFrance**