

MUTUELLE SANTÉ / OFFRE COMMERCE DE DETAIL NON ALIMENTAIRE

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 1517 - Brochure 3251

	COMDN A	COMDN B
MALADIE (1)		
Consultations, visites généralistes (a)	120 %	140 %
Consultations, visites spécialistes (a)	130 %	150 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100 %	100 %
Analyses médicales	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (a)	130 %	150 %
Actes d'imagerie médicale (a)	100 %	120 %
Pharmacie :		
- médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %
- médicaments remboursés à 30% par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %
- médicaments remboursés à 15% par l'assurance maladie obligatoire	-	-
Actes de petite chirurgie (a)	130 %	150 %
APPAREILLAGE (1)		
Petits et grands appareillages (hors prothèses auditives)	300 %	400 %
Prothèses auditives	100 % + 3 % PMSS/an	150 % + 5 % PMSS/an
Avantage adhérent si achat dans un espace Audition par PréviFrance	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille
OPTIQUE (2) 1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue		
Monture	50 €	115 €
Verre simple remboursé par l'assurance maladie obligatoire	45 €/verre	100 €/verre
Verre complexe remboursé par l'assurance maladie obligatoire	100 €/verre	200 €/verre
Verre très complexe remboursé par l'assurance maladie obligatoire	120 €/verre	275 €/verre
Avantage adhérent Equipement si achat dans un espace Optic par PréviFrance		
D'un équipement à verres simples	+ 30 €	+ 30 €
D'un équipement à verres complexes	+ 60 €	+ 60 €
Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100%
Forfait lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire	100 €/an	150 €/an
Avantage adhérent Lentilles si achat dans un espace Optic par PréviFrance	+ 30 €/an	+ 30 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	300 €/an	600 €/an
DENTAIRE (3)		
Soins et consultations	100 %	100 %
Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	125 %	250 %
Prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire	155 %	300 %
Parodontologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	-	100 €/an
Implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	-	300 €/an
HOSPITALISATION (4)		
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique (a)	130 %	150 %
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	18 €	18 €
Frais de séjour	120 %	150 %
Honoraires médicaux (a)	130 %	150 %
Forfait journalier (voir mentions)	100 %	100 %
Chambre particulière par jour (voir mentions)	1 % PMSS/jour	2,5 % PMSS/jour
Frais d'accompagnement (voir mentions)	0,5 % PMSS/jour	1 % PMSS/jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation		
- Actes chirurgicaux (a)	180 %	200 %
- Chambre particulière (6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie)	120 €/jour	120 €/jour
- Frais d'accompagnement : lit et repas en milieu hospitalier (15 jours max. par accident)	25 €/jour	40 €/jour
- Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...)	100 €/an	100 €/an
TRANSPORT (1)		
	100 %	100 %
CURES THERMALES (1) Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement		
	100 %	100 %
LES PLUS (5)		
Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : Ostéopathe, chiropraticien, acupuncteur, pédicure-podologue, diététicien diplômé d'état	20 €/séance 2 séances max/an	30 €/séance 2 séances max/an
Contraception (pilules contraceptives de 3 ^e ou 4 ^e génération)	100 €	100 €
Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : Amniocentèse, fécondation in vitro, vaccins non remboursés, ostéodensitométrie, homéopathie non remboursée, sevrage tabagique	30 €	50 €
Actes de prévention remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %

MUTUELLE SANTÉ / OFFRE COMMERCE DE DETAIL NON ALIMENTAIRE

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 1517 - Brochure 3251

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%.

% PMSS /Plafond mensuel de la Sécurité Sociale	1,5 %	2 %	2,5 %	3 %	3,5 %	4 %	4,5 %	8 %	9 %	10 %
Valeur en euros à titre indicatif (PMSS 2018: 3311 €)	49,67 €	66,22 €	82,78 €	99,33 €	115,89 €	132,44 €	149,00 €	264,88 €	297,99 €	331,10 €

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**

Verre simple

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 : 2261874, 2203240, 2200393, 2259966, 2242457, 2287916, 2270413, 2226412

Verre complexe

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 et à verres multifocaux ou progressifs - LPP : 2243540, 2243304, 2273854, 2283953, 2238941, 2259245, 2240671, 2297441, 2291088, 2248320, 2219381, 2268385, 2206800, 2282793, 2280660, 2235776, 2284527, 2212976, 2288519, 2290396, 2227038, 2263459, 2265330, 2295896, 2254868, 2252668, 2299523, 2291183, 2299180, 2264045, 2282221, 2245036

Verre très complexe

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 : 2238792, 2234239, 2202452, 2259660, 2245384, 2202239, 2295198, 2252042

■ 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.

■ La durée de prise en charge de la chambre particulière est illimitée en chirurgie, maternité et médecine.

■ **La chambre particulière n'est pas prise en charge pour les séjours en psychiatrie, neuropsychiatrie, rééducation, maison de repos, de convalescence, moyen séjour, colonie sanitaire, cure thermale 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 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.



Service Relation Adhérents

0 800 09 0800 Service & appel gratuits



www.previfrance.fr

■ Votre espace adhérent sécurisé et gratuit



Mutuelle
PréviFrance

MUTUELLE SANTÉ / OFFRE COMMERCE DE DETAIL NON ALIMENTAIRE

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 1517 - Brochure 3251

COTISATIONS en vigueur au 01/01/2018

Cotisations mensuelles exprimées en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2018 = 3311 €) en euros à titre indicatif

➔ Cotisations mensuelles du socle obligatoire choisi par l'entreprise

Socles obligatoires	COMDN A	COMDN B
SALARIÉ(E)	0,92 % 30,46 €	1,51 % 50,00 €
CONJOINT(E)	1,01 % 33,44 €	1,62 % 53,64 €
ENFANT (3 ^E ENFANT GRATUIT)	0,49 % 16,22 €	0,74 % 24,50 €

➔ Cotisations mensuelles des options choisies par le salarié

si l'entreprise choisit le socle COMDN A	BASE (OBLIGATOIRE)	OPTION (FACULTATIVE)
	COMDN A	1 COMDN A (Niveau COMN B)
SALARIÉ(E)	0,92 % 30,46 €	+ 0,69 % 22,85 €
CONJOINT(E)	1,01 % 33,44 €	+ 0,76 % 25,16 €
ENFANT (3 ^E ENFANT GRATUIT)	0,49 % 16,22 €	+ 0,35 % 11,59 €



Service Relation Adhérents

0 800 09 0800 Service & appel gratuits



www.previFrance.fr

■ Votre espace adhérent sécurisé et gratuit



Mutuelle
PréviFrance