

MUTUELLE SANTÉ / OFFRE COMMISSAIRES-PRISEURS JUDICIAIRES ET OPERATEURS DE VENTES VOLONTAIRES

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 2785 - Brochure 3363

	COMPRA	OPTION 1 COMPRA	OPTION 2 COMPRA
MALADIE (1)			
Consultations, visites généralistes (a)	100 %	120 %	150 %
Consultations, visites spécialistes (a)	120 %	200 %	250 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100 %	100 %	100 %
Analyses médicales	100 %	120 %	150 %
Actes d'imagerie médicale et actes techniques médicaux (a)	100 %	120 %	150 %
Pharmacie : médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %
Actes de petite chirurgie (a)	120 %	120 %	150 %
APPAREILLAGE (1)			
Orthopédie et autres prothèses	100 %	150 %	200 %
Prothèses auditives	150 %	200 %	250 %
Avantage adhérent si achat dans un espace Audition par PréviFrance	+ 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			
Monture (Moins de 18 ans)	80 €	100 €	100 €
Monture (Plus de 18 ans)	100 €	100 €	100 €
Verre simple remboursé par l'assurance maladie obligatoire	50 €/verre	50 €/verre	100 €/verre
Verre complexe ou très complexe remboursé par l'assurance maladie obligatoire	60 €/verre	75 €/verre	145 €/verre
Avantage adhérent Equipement si achat dans un espace Optic par PréviFrance			
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 €/an	100 % + 150 €/an	100 % + 200 €
Lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 €/an	150 €/an	200 €/an
Avantage adhérent Lentilles si achat dans un espace Optic par PréviFrance	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an
DENTAIRE (3)			
Soins et consultations	100 %	120 %	150 %
Inlays-onlays	100 %	120 %	150 %
Prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire	125 %	200 %	300 %
Prothèses dentaires non remboursées par l'assurance maladie obligatoire (3 actes maxi/an)	135 €/acte	215 €/acte	323 €/acte
Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	125 %	200 %	250 %
Orthodontie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire	-	-	200 % BR reconstitué
Implantologie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire	-	150 €/an	300 €/an
HOSPITALISATION (4)			
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique (a)	150 %	200 %	250 %
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	18 €	18 €	18 €
Frais de séjour	100 %	200 %	250 %
Honoraires médicaux (a)	150 %	200 %	250 %
Honoraires médicaux secteurs non conventionnés	100%	180 %	200 %
Forfait journalier (voir mentions)	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière par jour (voir mentions)	30 €/jour	60 €/jour	80 €/jour
Lit d'accompagnement (secteur conventionné)	30 €/jour	45 €/jour	60 €/jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation			
Actes chirurgicaux et d'anesthésie (a)	180 %	250 %	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 (15 jours max. par accident)	35 €	50 €	70 €
- Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...)	100 €	100 €	100 €
TRANSPORT (1)			
	100 %	100 %	100 %
CURES THERMALES (1) TRAITEMENT ET HONORAIRES			
transport et hébergement	100%	150 €	200 €
LES PLUS (5)			
Ostéopathe (3 séances max par an)	15€ par séance	20€ par séance	30€ par séance
Contraception	15 €/an	20 €/an	30 €/an
Médicaments prescrits non remboursés par l'assurance maladie obligatoire	-	20 €/an	40 €/an
Prime de naissance	-	100 € / enfant	150 € / enfant
Actes de prévention remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %

MUTUELLE SANTÉ / OFFRE COMMISSAIRES-PRISEURS JUDICIAIRES ET OPERATEURS DE VENTES VOLONTAIRES

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 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**

Verres simples 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

Verres complexes 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

■ 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 de lit d'accompagnant doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation et concernent l'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans. 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

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

■ 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.

COTISATIONS en vigueur au 01/01/2018

Cotisations mensuelles du socle obligatoire et des options facultatives

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

	BASE (OBLIGATOIRE)	OPTIONS (FACULTATIVES)	
	COMPR A	1 COMPR A	2 COMPR A
FAMILLE (SALARIÉ + CONJOINT À CHARGE AU SENS S.S. + ENFANTS À CHARGE ET NON À CHARGE S.S.)	1,74 % 57,61 €	+ 0,51 % + 16,89 €	+ 1,24 % + 41,06 €
CONTRATS SUSPENDUS	1,16 % 38,41 €	+ 0,36 % + 11,92 €	+ 0,87 % + 28,81 €
	FACULTATIF		
CONJOINT NON À CHARGE AU SENS S.S.	1,28 % 42,38 €	+ 0,39 % + 12,91 €	+ 0,95 % + 31,45 €



Service Relation Adhérents

0 800 09 0800 Service & appel gratuits



www.previfrance.fr

■ Votre espace adhérent sécurisé et gratuit



Mutuelle Prévifrance