

MUTUELLE SANTÉ / OFFRE IMMOBILIER

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 1527 - Brochure 3090

	IMMO A	IMMO B	IMMO C
MALADIE (1)			
Consultations, visites (généralistes) (a)	100 %	150 %	200 %
Consultations, visites (spécialistes) (a)	100 %	200 %	300 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes, ...)	100 %	150 %	200 %
Analyses médicales	100 %	150 %	200 %
Actes techniques médicaux (a)	100 %	150 %	200 %
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) (a)	100 %	150 %	200 %
Pharmacie : médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %
Actes de petite chirurgie (a)	100 %	200 %	300 %
APPAREILLAGE (1)			
Petits et grands appareillages	100 %	200 %	300 %
Prothèses auditives	100 %	200 %	300 %
OPTIQUE (2) 1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue			
Monture	150 €	150 €	150 €
Verres simples remboursés par l'assurance maladie obligatoire	300 €	320 €	320 €
Verres complexes remboursés par l'assurance maladie obligatoire	450 €	550 €	600 €
Verres très complexes remboursés par l'assurance maladie obligatoire	500 €	550 €	650 €
Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 %	100 %	100 %
Forfait lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire	320 €/an	400 €/an	500 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	1000 €/an	1200 €/an	1400 €/an
DENTAIRE (3)			
Soins et consultations	125 %	125 %	125 %
Prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire	200 %	300 %	400 %
Prothèses dentaires non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	-	15 % PMSS/an	20 % PMSS/an
Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	250 %	300 %	400 %
Orthodontie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire	-	15 % PMSS/an	20 % PMSS/an
Implantologie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire	5 % PMSS/an	8 % PMSS/an	10 % PMSS/an
HOSPITALISATION (4)			
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique (a)	100 %	200 %	300 %
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	18 €	18 €	18 €
Honoraires médicaux (a)	100 %	200 %	300 %
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière	35 €/jour	80 €/jour	90 €/jour
Forfait journalier	100 %	100 %	100 %
Lit d'accompagnement (secteur conventionné)	35 €/jour	40 €/jour	45 €/jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation			
Actes chirurgicaux et d'anesthésie (a)	180 %	250 %	350 %
- 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)	45 €/jour	50 €/jour	55 €/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) Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement			
	-	100 % + 10 % PMSS/an	100 % + 15 % PMSS/an
LES PLUS (5)			
Prime de naissance	10 % PMSS/an	12 % PMSS/an	15 % PMSS/an
Vaccins anti-grippe	-	15 €/an	20 €/an
Substituts nicotiniques	-	50 €/an	80 €/an
Médecines douces homéopathie - nutrition - acupuncture - étiopathie - ostéopathie - chiropractie	100 €/an	110 €/an	120 €/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	5 %	6 %	8 %	10 %	12 %	15 %	20 %
Valeur en euros à titre indicatif (PMSS 2018 : 3311 €)	165,55 €	198,66 €	264,88 €	331,10 €	397,32 €	496,65 €	662,20 €

(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. Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 150€.

■ La prise en charge des verres s'exerce à concurrence du tarif plafond indiqué, part assurance maladie obligatoire 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

■ 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 dans la limite de 610 €.

■ Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.

(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 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 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.

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

COTISATIONS en vigueur au 01/01/2018

➔ Cotisations mensuelles des socles obligatoires

Tarifs exprimés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) : 3311 € en 2018

Socles obligatoires	IMMO A	IMMO B	IMMO C
ADULTE	1,13 %	1,51 %	1,64 %
	37,41 €	50,00 €	54,30 €
ENFANT (3 ^e enfant gratuit)	0,56 %	0,84 %	0,94 %
	18,54 €	27,81 €	31,12 €
ISOLE	1,15 %	1,54 %	1,68 %
	38,08 €	50,99 €	55,62 €
FAMILLE	2,82 %	3,77 %	4,11 %
	93,37 €	124,82 €	136,08 €
UNIQUE	2,66 %	3,55 %	3,88 %
	88,07 €	117,54 €	128,47 €



Service Relation Adhérents

0 800 09 0800 Service & appel gratuits



www.previfrance.fr

■ Votre espace adhérent sécurisé et gratuit



Mutuelle
Prévifrance

➔ Cotisations mensuelles des options choisies par le salarié

Tarifs exprimés en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) : 3311 € en 2018

si l'entreprise choisit le socle **IMMO A**

	BASE (OBLIGATOIRE)	OPTIONS (FACULTATIVES)	
	IMMO A	1 IMMO A (Niveau IMMO B)	2 IMMO A (Niveau IMMO C)
ADULTE	1,13 %	+ 0,57 %	+ 0,72 %
	37,41 €	+ 18,87 €	+ 23,84 €
ENFANT (3 ^e enfant gratuit)	0,56 %	+ 0,38 %	+ 0,51 %
	18,54 €	+ 12,58 €	+ 16,89 €
ISOLE	1,15 %	+ 0,58 %	+ 0,74 %
	38,08 €	+ 19,20 €	+ 24,50 €
FAMILLE	2,82 %	+ 1,43 %	+ 1,82 %
	93,37 €	+ 47,35 €	+ 60,26 €
UNIQUE	2,66 %	+ 1,32 %	+ 1,71 %
	88,07 €	+ 43,71 €	+ 56,62 €

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

	BASE (OBLIGATOIRE)	OPTION (FACULTATIVE)
	IMMO B	1 IMMO B (Niveau IMMO C)
ADULTE	1,51 %	+ 0,43 %
	50,00 €	+ 14,248 €
ENFANT (3 ^e enfant gratuit)	0,84 %	+ 0,27 %
	27,81 €	+ 8,94 €
ISOLE	1,54 %	+ 0,44 %
	50,99 €	+ 14,57 €
FAMILLE	3,77 %	+ 1,09 %
	124,82 €	+ 36,09 €
UNIQUE	3,55 %	+ 1,03 %
	117,54 €	+ 34,10 €



Service Relation Adhérents

0 800 09 0800 Service & appel gratuits



www.previfrance.fr

■ Votre espace adhérent sécurisé et gratuit



**Mutuelle
PréviFrance**