

# Mutuelle Santé

## Entreprise

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO); ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

Garanties Gamme collective standard en vigueur au 01/01/2025

	ANI 1 +	PLUS 2 +	MULTI 3 +	MAX 4 +	TOP 5 +
<b>SOINS COURANTS (1)</b>					
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR
Pharmacie : médicaments remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	120 % BR	140 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	120 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Matériel médical - Orthopédie, petits et grands appareillages	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Matériel médical - Forfait orthopédie, petits et grands appareillages	-	-	30 €/an	50 €/an	70 €/an
Matériel médical - Prothèses capillaires et mammaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 200 €/an	100 % BR + 300 €/an	100 % BR + 350 €/an

### HOSPITALISATION (2)

Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	120 % BR	140 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	120 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Frais de séjour	100 % BR				
Forfait journalier	100 % FR				
Forfait patient urgence	100 % FR				
Chambre particulière en chirurgie : durée illimitée et médecine : durée illimitée en maternité : 60 jours /an, rééducation : 60 jours /an, maison de repos : 60 jours /an, maison de convalescence : 60 jours /an et moyen séjour : 60 jours /an	-	50 €/jour	55 €/jour	65 €/jour	80 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire limitée à 10 jours / an	-	20 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	35 €/jour
Frais d'accompagnement - enfants de moins de 16 ans ou adultes de plus de 75 ans : 30 jours - autres cas : 2 jours	-	15 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	25 €/jour
<b>Garanties majorées en cas d'accident de la circulation</b>					
Actes chirurgicaux et d'anesthésie OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	350 % BR
Actes chirurgicaux et d'anesthésie Hors OPTAM/OPTAM-CO	160 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière (6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie)	120 €/jour				
Frais d'accompagnement : lit et repas en milieu hospitalier (durée 15 jours maximum par accident)	15 €/jour	25 €/jour	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...)	100 €/an				

### OPTIQUE (3) 1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue

	Remboursement intégral				
 <b>Équipement 100% Santé* (monture et verres classe A)</b>					
<b>Équipement hors 100% Santé (monture et verres classe B)</b>					
- Verre simple	40 €/verre	75 €/verre	85 €/verre	125 €/verre	145 €/verre
- Verre complexe	90 €/verre	100 €/verre	120 €/verre	190 €/verre	255 €/verre
- Verre très complexe	90 €/verre	100 €/verre	120 €/verre	190 €/verre	255 €/verre
- Monture	25 €	50 €	75 €	100 €	100 €
<b>Avantage adhérent Équipement si achat dans un espace optique Prévidence</b>					
- D'un équipement à verres simples. Dans la limite des plafonds des « Contrats Responsables »	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €
- D'un équipement à verres complexes. Dans la limite des plafonds des « Contrats Responsables »	+ 60 €	+ 60 €	+ 60 €	+ 60 €	+ 60 €
<b>Lentilles remboursées</b> par l'assurance maladie obligatoire	100 % BR				
<b>Forfait Lentilles</b> remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire	-	80 €/an	120 €/an	150 €/an	180 €/an
<b>Avantage adhérent lentilles</b> si achat dans un espace optique Prévidence	+ 30 €/an				
<b>Chirurgie réfractive de l'œil</b> (myopie, hypermétropie, presbytie)	-	200 €/œil	300 €/œil	400 €/œil	450 €/œil

\* Tels que définis réglementairement

## DENTAIRE (4)

	ANI 1 +	PLUS 2 +	MULTI 3 +	MAX 4 +	TOP 5 +
 Soins et prothèses 100 % Santé * (Panier sans reste à charge)	Remboursement intégral				
Soins et consultations	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Inlay-Onlay	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Prothèses remboursées par l'AMO (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR
Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	125 % BR	125 % BR	150 % BR	170 % BR	200 % BR
Prothèses non remboursées par l'AMO	-	150 €/an	200 €/an	300 €/an	400 €/an
Orthodontie remboursée par l'AMO	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR	350 % BR
Orthodontie non remboursée par l'AMO	-	200 €/an	300 €/an	400 €/an	500 €/an
Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR	400 % BR
Implantologie et parodontologie non remboursées par l'AMO	-	400 €/an	500 €/an	650 €/an	750 €/an

\* Tels que définis réglementairement

## AIDES AUDITIVES (5) 1 prothèse par oreille tous les 4 ans

	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
 Équipement 100 % Santé * (Classe 1)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement hors 100% Santé (Classe 2)					
Aides auditives - Prothèses auditives par oreille	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 200 €/oreille	100 % BR + 300 €/oreille	100 % BR + 350 €/oreille
Aides auditives - Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille	+ 100 €/oreille

\* Tels que définis réglementairement.

TRANSPORT	100 % BR				
-----------	----------	----------	----------	----------	----------

## LES PLUS (6)

Cures Thermales - Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : Amniocentèse, Contraception, Fécondation in vitro, Médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables, Ostéodensitométrie, Sevrage tabagique, Vaccins non remboursés	-	30 €	40 €	50 €	60 €
Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : Acupuncteur, Chiropraticien, Diététicien diplômé d'état, Ergothérapeute, Microkinésithérapeute, Ostéopathe, Pédiçure-Podologue, Psychologue, Psychomotricien	-	20 €/séance 3 séances max/an	30 €/séance 3 séances max/an	35 €/séance 3 séances max/an	40 €/séance 3 séances max/an
Actes de prévention remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Ces garanties sont conformes à la législation en vigueur sur les contrats responsables. Elles seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires. 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.

## Mentions complémentaires

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

### (1) SOINS COURANTS

- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

### (2) HOSPITALISATION

- 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.

- La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation uniquement dans les secteurs précisés dans le tableau de garanties ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond et du nombre de jours indiqués.

- Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnement et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation. 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.

### (3) OPTIQUE

- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres.
  - Un verre simple est un verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00.

- Un verre complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et + 8,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00.

- Un verre très complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00.

- Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 et 2019-21 du 11 janvier 2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les moins de 16 ans 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 100 €.

- L'équipement 100 % Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B

ou inversement.

- Les « Avantages Adhérents » sont attribués en complément du forfait équipement, dans les limites des plafonds des « Contrats Responsables », soit pour un équipement simple : 420 €, un équipement complexe : 700 €, un équipement très complexe : 800 €, un équipement simple et complexe : 560 €, un équipement simple et très complexe : 610 €, ou un équipement complexe et très complexe : 750 €.

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

### (4) DENTAIRE

- Les soins et prothèses 100 % santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.

- 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. »

### (5) AIDES AUDITIVES

- L'équipement 100 % Santé prévoit des aides auditives à prix limités (Classe I) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit une aide auditive à tarif libre (classe II), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garanties, dans la limite du plafond des « Contrats Responsables » (1700 €/oreille).

- En application du décret 2019-21 du 11/01/2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait aide auditive tous les 4 ans.

- Les avantages Adhérent sont attribués en complément du forfait aide auditive, dans les limites des plafonds des « contrats responsables ».

### (6) 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.

- 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.

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. Document non contractuel à caractère publicitaire. Ne pas jeter sur la voie publique. © Mkg 12/2024. Crédit photos : Getty - Arno Images, Fotolia © Minerva Studio, iStock © LuminaStock.



Mutuelle  
PréviFrance