

Mutuelle Santé

Entreprise

Garanties Gamme collective standard en vigueur au 01/01/2026

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.

	START 1	ACTIV 2	OPTIMA 3	BOOST 4	POWER 5
SOINS COURANTS (1)					
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	160 % BR	210 % BR	310 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	140 % BR	190 % 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
Psychologue : dans le cadre du dispositif «Mon soutien Psy»	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % 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 : Équipement 100% Santé* (location de courte durée d'un fauteuil roulant)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement 100% Santé* (prothèses capillaire Classe II)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Prothèses capillaires (panier reste à charge maîtrisé et tarifs libres) remboursées par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthopédie, Petits et grands appareillages	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Prothèses mammaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait orthopédie, petits et grands appareillages	-	-	30 €/an	50 €/an	70 €/an
Forfait prothèses capillaires et mammaires	-	-	200 €/an	300 €/an	350 €/an

* Tels que définis réglementairement

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	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait patient urgence	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	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
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation					
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	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour	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	100 €/an	100 €/an	100 €/an	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

 Équipement 100% Santé* (monture et verres classe A)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement hors 100% Santé (monture et verres classe 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 €
Avantage adhérent Équipement si achat dans un espace optique PréviFrance					
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 €
Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait Lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire	-	80 €/an	120 €/an	150 €/an	180 €/an
Avantage adhérent lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	150€/œil	250 €/œil	350 €/œil	450 €/œil	500 €/œil

* Tels que définis réglementairement

	START 1	ACTIV 2	OPTIMA 3	BOOST 4	POWER 5
DENTAIRE (4)					
 Soins et prothèses 100 % Santé * (Panier sans reste à charge)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	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	195 % BR	295 % BR	345 % BR	345 % 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) | prothèse par oreille tous les 4 ans

 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	100 % BR	100 % BR	100 % BR	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 par l'AMO	-	40 €	50 €	60 €	70 €
Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : Acupuncteur, Chiropraticien, Diététicien diplômé d'état, Ergothérapeute, Microkinésithérapeute, Ostéopathe, Pédicure-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 au 12/01/2026. 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. 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.

SOINS COURANTS (1)

- 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 maîtrisée (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 séances de psychologue qui entrent dans le dispositif «Mon soutien Psy» sont remboursées dans la limite de 12 séances et de 50€/séance
- Le matériel médical est pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.
- Les prothèses capillaires 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 et dans la limite des prix limités de ventes.

HOSPITALISATION (2)

- Dans les établissements hospitaliers, chaque service a un numéro de discipline médico-tarifaire (DMT), lui-même rattaché à un secteur hospitalier : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Psychiatrie (PSY).
- 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 maîtrisée (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.
- 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 L174-4 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 hospitaliers 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'accompagnant 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.

OPTIQUE (3)

- 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.
- 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 0,00 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 €.
- 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 €.

DENTAIRE (4)

- 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.
- 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.

AIDES AUDITIVES (5)

- 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 la limite du plafond des « contrats responsables ».

LES PLUS (6)

- 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.
- 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 bi/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 (numéro ADEL ou RPPS ou FINESS).

VOS SERVICES

- Médaviz : Service de téléconsultation médicale (24h/24 - 7j/7), connectez-vous à votre espace adhérent pour y accéder.
- Mes lentilles par PréviFrance : commandez vos lentilles en ligne depuis votre espace adhérent.



**Mutuelle
PréviFrance**