



20**26**

MUTUELLE SANTÉ

pour les **Agents de la Fonction Publique
Hospitalière**





Mutuelle
PréviFrance

Mutuelle Santé

Garanties 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.


	INIT+ FH	MEDIUM+ FH	OPTI+ FH	ALTO+ FH
SOINS COURANTS (1)				
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Psychologue : dans le cadre du dispositif "Mon soutien Psy"	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Pharmacie : médicaments remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	230 % BR	300 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Matériel médical :				
Équipement 100% Santé* (Location de courte durée d'un fauteuil roulant)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement 100% Santé* (prothèses capillaire Classe II)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Orthopédie, petits et grands appareillages	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses capillaires (panier reste à charge maîtrisé et tarifs libres) remboursées par l'AMO	100 % BR	100 % BR	200 % BR	200 % BR
*Tels que définis réglementairement.				
HOSPITALISATION (2)				
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	24 €	24 €	24 €	24 €
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM/OPTAM-ACO	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels
Forfait patient urgence	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels	100 % frais réels
Chambre particulière				
Chirurgie illimitée, Médecine illimitée, Maternité 60 jours par an, Maison de convalescence 60 jours par an, Maison de repos 60 jours par an, Rééducation 60 jours par an, Moyen séjour 60 jours par an	40 €/jour	55 €/jour	60 €/jour	70 €/jour
Frais d'accompagnement				
Moins de 16 ans 30 jours par an, Plus de 75 ans 30 jours par an, Autres cas 2 jours par an	16 €/jour	16 €/jour	16 €/jour	16 €/jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation				
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-ACO	160 % BR	180 % BR	250 % BR	350 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-ACO	140 % BR	160 % BR	200 % BR	200 % BR
Chambre particulière 6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour
Frais d'accompagnement lit et repas en milieu hospitalier durée 15 jours maximum par accident	30 €/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
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
Équipement hors 100% Santé (monture et verres classe B)				
- Monture + verre simple et/ou complexe (en %)	100 % BR	-	-	-
- Verre simple	-	55 €/verre	90 €/verre	120 €/verre
- Verre complexe	-	70 €/verre	120 €/verre	170 €/verre
- Verre très complexe	-	70 €/verre	120 €/verre	170 €/verre
- Monture	-	70 €	90 €	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 €
- D'un équipement à verres complexes dans la limite des plafonds des « Contrats Responsables »	-	+ 60 €	+ 60 €	+ 60 €
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait Lentilles remboursées ou non par l'AMO	-	100 €/an	120 €/an	150 €/an
Avantage adhérent Lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance				
	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	-	150 €/œil	200 €/œil	300 €/œil
*Tels que définis réglementairement.				
DENTAIRE (4)				
 Soins et Prothèses 100% Santé* (panier sans reste à charge)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Soins et consultations	120 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Inlay-onlay	120 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR
Prothèses remboursées par l'AMO (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	150 % BR	200 % BR	300 % BR	370 % BR
Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	150 % BR	200 % BR	300 % BR	370 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	150 % BR	225 % BR	275 % BR	300 % BR
Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO	150 % BR	200 % BR	300 % BR	370 % BR

Panier de soins dentaires affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : Prothèses non remboursées par l'AMO, Orthodontie non remboursée par l'AMO, Implantologie non remboursée par l'AMO, Parodontologie non remboursée par l'AMO	80 €	200 €	300 €	500 €
Plafond dentaire annuel appliqué à un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : Prothèses remboursées par l'AMO, Inlay-core et Inlay-core à clavettes, Implantologie remboursée par l'AMO, Parodontologie remboursée par l'AMO	-	-	-	2 000 €

*Tels que définis réglementairement.

INIT+ FH	MEDIUM+ FH	OPTI+ FH	ALTO+ FH
----------	------------	----------	----------

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

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

*Tels que définis réglementairement.

Transport	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 +120 €/an	100 % BR +120 €/an
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	60 €	70 €	80 €	100 €
Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : Acupuncteur, Chiropraticien, Diététicien diplômé d'état, Étiopathie, Microkinésithérapeute, Ostéopathe, Pédicure, Podologue	30 €/séance 3 séances max/an	30 €/séance 3 séances max/an	35 €/séance 3 séances max/an	40 €/séance 3 séances max/an
Prime de naissance	80 €	80 €	80 €	100 €
Actes de prévention remboursés par l'AMO	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 à retrouver au dos de la plaquette.

Exemples de remboursements à titre indicatif, sans valeur contractuelle (calculés d'après la réglementation en vigueur depuis le 01/01/2026)

- Remboursement Assurance Maladie
- Franchise Médicale (participation forfaitaire)
- Remboursement Mutuelle PréviFrance
- Reste à votre charge

Des soins pour tous, 100% pris en charge



Soins courants
Consultation d'un médecin spécialiste
 avec dépassement d'honoraires maîtrisés
 (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-ACO)

Prix moyen national de l'acte : **53 €**

Optique
Équipement optique de classe B
 monture + verres simples :

Prix moyen national de l'acte : **372 €**

Dentaire
Couronne céramo-métallique
 sur molaires (paniers à tarifs modérés)

Honoraire limite de facturation : **561,99 €**

	INIT+ FH	MEDIUM+ FH	OPTI+ FH	ALTO+ FH
	13 €	0 €	0 €	0 €
	12 €	25 €	25 €	25 €
	2 €	2 €	2 €	2 €
	26 €	26 €	26 €	26 €
	371,85 €	192 €	102 €	48 €
	0,06 €	179,91 €	269,91 €	323,91 €
	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
	381,99 €	321,99 €	201,99 €	117,99 €
	108 €	168 €	288 €	372 €
	72 €	72 €	72 €	72 €

Une mutuelle toujours à vos côtés

En agence

Nos 40 agences sont situées au coeur des villes pour être toujours plus proche de vous.

Venez rencontrer l'un de nos 200 conseillers !

Sur mobile

Une application disponible 7j/7 et 24h/24 pour gérer votre contrat avec plus de liberté.



Par téléphone

Notre Service Relation Adhérents basé à Toulouse vous répond au quotidien pour vous conseiller, vous aider dans vos démarches, répondre à toutes vos questions.

0 800 09 0800 Service & appel gratuits

Du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 sans interruption

Sur internet

Réalisez vos devis, découvrez nos produits, nos conseils, notre actualité et accédez à votre espace adhérent sécurisé.



previfrance.fr

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 limites de ventes.

HOSPITALISATION (2)

- 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.
- 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).
- 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.
- La chambre particulière n'est pas prise en charge dans les secteurs non mentionnés.
- 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-ACO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-ACO, 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 des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.
- 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.

- 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.
- Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospices et séjours en unités et centres de longue durée.

OPTIQUE (3)

- 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 €.
- Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.
- Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus.
- 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 €.
- 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.

DENTAIRE (4)

- Le plafond dentaire annuel concerne les actes figurant au recto. Les prothèses et l'orthodontie remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge par la mutuelle dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 125 %.
- 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 (1 700 €/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)

- La prime de naissance est versée lors de l'inscription de l'enfant dans les 6 mois de sa naissance ou de l'adoption.
- Les médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 210 % 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 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 (numéro ADELI ou RPPS ou FINISS).

DISPOSITIONS APPLICABLES

Garantie régie par les Règlements Mutualistes de la Mutuelle PréviFrance et réservée aux agents de la Fonction Publique Hospitalière.

VOS AVANTAGES

Gratuité de la cotisation à partir du troisième enfant inscrit à la Mutuelle en tant qu'ayant droit du membre participant.

VOS SERVICES

Mes lentilles par PréviFrance : commandez vos lentilles en ligne depuis votre espace adhérent.

RÉCLAMATIONS SANTÉ ADHÉRENT

La Mutuelle PréviFrance est dotée d'une procédure de traitement des réclamations.

• Etape 1 : Contactez-nous

Avant de recourir au service chargé d'accueillir les réclamations, rapprochez-vous de : votre interlocuteur habituel par téléphone ou en agence du service Relation Adhérents par téléphone au 0 800 09 0800 ou via votre Espace Adhérent ou par courrier afin qu'une solution adaptée soit trouvée à votre interrogation.

• Etape 2 : Réclamation

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, envoyez votre réclamation par courrier recommandé avec accusé de réception, en écrivant à l'adresse suivante : Mutuelle PréviFrance - Réclamation Prévoyance Adhérents 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6

Un accusé-réception sera envoyé dans les 10 jours ouvrés maximum à compter de la réception de la réclamation. Une réponse sera apportée dans le délai maximum de 2 mois.

• Etape 3 : Médiation

En l'absence de réponse dans les 2 mois ou si le différent persiste et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige, saisissez gratuitement le Médiateur de la Mutuelle.

- soit par voie électronique : www.mediation-assurance.org

- soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance

TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier.

