



20**25**

MUTUELLE SANTÉ

pour les **Particuliers**



Mutuelle
PréviFrance

L'alliée de votre protection au quotidien



Mutuelle et + encore

Chez Prévifrance la relation que nous tissons avec vous est essentielle. Mieux vous connaître pour mieux vous accompagner. C'est aussi ça l'instinct protecteur.

400 000
personnes protégées

14 000
entreprises adhérentes

Des solutions complètes : santé, prévoyance, épargne retraite, assurances auto et habitation, obsèques...

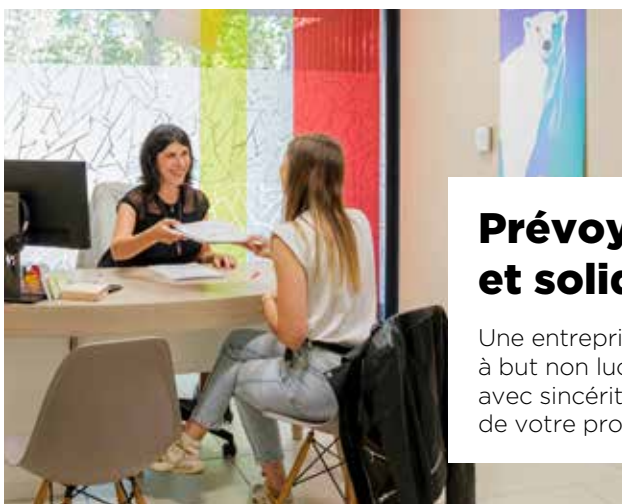
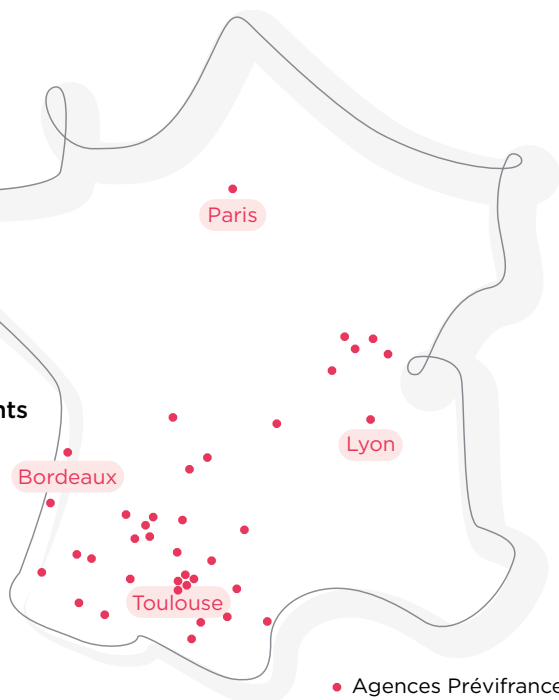
Humaine et proche

Des services internalisés (adhésion, gestion, remboursements, service relation adhérents) pour une haute qualité de service.

1^{re} mutuelle
indépendante

40 agences

Un **Service Relation Adhérents** basé à Toulouse pour vous répondre immédiatement



Prévoyante et solide

Une entreprise mutualiste à but non lucratif engagée avec sincérité au service de votre protection.

Près de **500**
collaborateurs

Dans le **Top 20**
des mutuelles françaises

Top 5 des mutuelles en termes de marge de solvabilité

Les + de votre complémentaire santé

5 garanties faites pour toute la famille

Conformes aux contrats responsables et au **100 % santé** ⁽¹⁾



Tiers payant

Pas d'avance d'argent grâce à votre carte mutuelle ⁽²⁾



Remboursements rapides

Démarches simplifiées en ligne



Garantie « Coups durs »

50 % de votre cotisation familiale prise en charge par PréviFrance pendant 1 an ⁽³⁾



Avantages famille

- › **15 % de réduction** pour les **étudiants**
- › **Gratuité**
 - pour les **nouveau-nés** jusqu'à 1 an
 - à partir du **3^e enfant** (si l'aîné a moins de 20 ans)



Remboursements majorés dans nos espaces PréviFrance

- › **+ 30 € à + 60 €** ⁽⁴⁾ pour tout achat d'un équipement à verres simples, complexes
- › **+ 30 €** pour tout achat de lentilles
- › **+ 100 €** par oreille pour tout achat d'un appareil auditif



Des Espaces Santé pour un meilleur accès aux soins

Avec les espaces santé PréviFrance, profitez d'un accès simple à des structures santé qui vous garantissent des tarifs compétitifs afin de limiter votre « reste à charge ».

› 13 Espaces Optiques

- Opticiens diplômés et expérimentés
- Large choix de montures, verres et lentilles parmi les plus grandes marques

› 6 Centres d'audioprothèse

- Bilan auditif gratuit (à visée non médicale)
- Suivi personnalisé sans frais





Découvrez l'espace santé PréviFrance le plus proche de chez vous.

Mutuelle Santé


Garanties en vigueur au 01/01/2024

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.

	PRIMA+	BASIC+	MEZZO+	AMPLI+	MAXI+
SOINS COURANTS (1)					
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % 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 à 65 %	100 % BR	-	-	-	-
Pharmacie : Médicaments remboursés par l'AMO	-	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	120 % BR	130 % BR	140 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Matériel médical - Orthopédie, petits et grands appareillages	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Matériel médical - Prothèses capillaires et mammaires	100 % BR	100 % BR	100 % BR +50 €/an	100 % BR +200 €/an	100 % BR +300 €/an
HOSPITALISATION (2)					
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	120 % BR	130 % BR	140 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	110 % BR	120 % BR	130 % BR	180 % BR
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	24 €	24 €	24 €	24 €	24 €
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier	100 % frais réels	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	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	-	-	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	-	-	15 €/jour	20 €/jour	25 €/jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation					
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR	180 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	160 % BR	160 % BR	180 % 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	15 €/jour	15 €/jour	25 €/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)					
- Monture + verre simple et/ou complexe (en %)	100 % BR	-	-	-	-
- Verre simple	-	40 €/verre	55 €/verre	75 €/verre	100 €/verre
- Verre complexe	-	90 €/verre	95 €/verre	105 €/verre	190 €/verre
- Verre très complexe	-	90 €/verre	95 €/verre	105 €/verre	190 €/verre
- Monture	-	25 €	70 €	100 €	100 €
Avantage adhérent équipement si achat dans un espace optique Préférence					
- D'un équipement à verres simples dans la limite des plafonds des « Contrats Responsables »	-	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €
- D'un équipement à verres complexes dans la limite des plafonds des « Contrats Responsables »	-	+ 60 €	+ 60 €	+ 60 €	+ 60 €
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait Lentilles remboursées ou non par l'AMO	-	80 €/an	120 €/an	140 €/an	160 €/an
Avantage adhérent Lentilles si achat dans un espace optique Préférence	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an	+ 30 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)					
- Année 1	-	-	100 €/œil	150 €/œil	200 €/œil
- Année 2	-	-	150 €/œil	200 €/œil	300 €/œil
- Années suivantes	-	-	200 €/œil	300 €/œil	400 €/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	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)	100 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	100 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	100 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO	100 % BR	125 % BR	200 % BR	300 % BR	350 % BR
*Tels que définis réglementairement.					

	PRIMA+	BASIC+	MEZZO+	AMPLI+	MAXI+
Plafond dentaire annuel prothèses, soins remboursés voir conditions au dos de la plaquette					
- Année 1	-	-	500 €/an	800 €/an	800 €/an
- Année 2	-	-	800 €/an	1200 €/an	1200 €/an
Votre fidélité récompensée ! Vos remboursements augmentent les 3 premières années comme indiqué ci-dessous : Panier de soins dentaires affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : implantologie, parodontologie, orthodontie et prothèses non remboursées par l'AMO					
- Année 1	-	-	200 €/an	300 €/an	400 €/an
- Année 2	-	-	300 €/an	400 €/an	500 €/an
- Années suivantes	-	-	400 €/an	500 €/an	600 €/an

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)					
Équipement hors 100 % Santé (Classe 2)					
Aides auditives	100 % BR	100 % BR	100 % BR +50 €/oreille	100 % BR +200 €/oreille	100 % BR +300 €/oreille
Avantage adhérent aides auditives si achat dans le centre d'audioprothèse Prévirance	+100 €/oreille	+100 €/oreille	+100 €/oreille	+100 €/oreille	+100 €/oreille

*Tels que définis réglementairement.

Transport	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
------------------	----------	----------	----------	----------	----------

LES PLUS (6)

Cures Thermales : honoraires de surveillance médicale forfait thermal forfait hébergement	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % 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	-	-	30 €	50 €	70 €
Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : Acupuncteur, Chiropraticien, Diététicien diplômé d'état, Etiopathie, Microkinésithérapeute, Ostéopathe, Pédicure, Podologue	-	-	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 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 01/01/2024)

	PRIMA+	BASIC+	MEZZO+	AMPLI+	MAXI+
Soins courants					
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	16 €	16 €	8,50 €	2 €	2 €
	9 €	9 €	16,50 €	23 €	23 €
Prix moyen national de l'acte : 44 €	19 €	19 €	19 €	19 €	19 €
Optique					
Équipement optique de classe B monture + verres simples :	338,85 €	234 €	159 €	89 €	39 €
Prix moyen national de l'acte : 339 €	0,06 €	104,91 €	179,91 €	249,91 €	299,91 €
	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €	0,09 €
Dentaire					
Couronne céramo-métallique sur molaires (paniers à tarifs modérés)	427,90 €	397,90 €	307,90 €	187,90 €	127,90 €
Honoraire limite de facturation : 547,90 €	36 €	66 €	156 €	276 €	336 €
	84 €	84 €	84 €	84 €	84 €



0 € de reste à charge

Pour toutes nos garanties optiques.



0 € de reste à charge

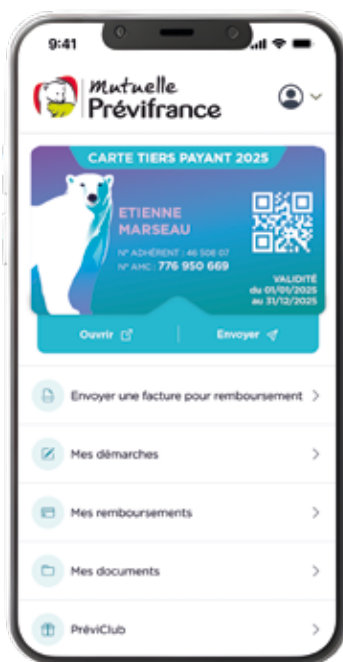
Pour toutes nos garanties dentaires.

Remboursement Assurance Maladie

Remboursement Mutuelle Prévirance

Reste à votre charge

Votre santé connectée et des services en + offerts



Un espace adhérent et une application mobile



À TÉLÉCHARGER

› Accédez à votre **carte mutuelle 100 % digitale**

+ PROCHE

Disponible 7j/7
et 24h/24.

+ SÉCURISÉE

Accessible dès l'ouverture de
l'espace adhérent Prévifrance.

+ DURABLE

Découvrez la liberté d'une carte mutuelle
digitale qui préserve l'environnement.

+ PRATIQUE

Mise à jour en
temps réel.

- › Transférez vos factures et devis simplement en les prenant en photo ⁽¹⁾
- › Consultez vos remboursements et vos garanties
- › Signalez-nous tout changement de situation (adresse, naissance...)

PREVICLUB

Gagnez du ⚡ pouvoir ⚡ d'achat

Pour tous nos adhérents, gratuit et illimité !

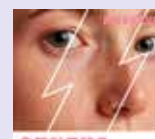
Au-delà de la protection de votre santé, Prévifrance veille aussi sur votre pouvoir d'achat. PréviClub vous permet de profiter d'avantages inclus dans votre contrat Prévifrance.

Vous accédez gratuitement à une plateforme d'achats en ligne pour faire des économies toute l'année (supermarché, vacances, cinéma, loisirs, shopping...)

Découvrez plus de 2 000 enseignes pour vous faire plaisir tous les jours de l'année.

Avec PréviClub, il n'y a pas de petites économies !

Accessible depuis votre espace adhérent.



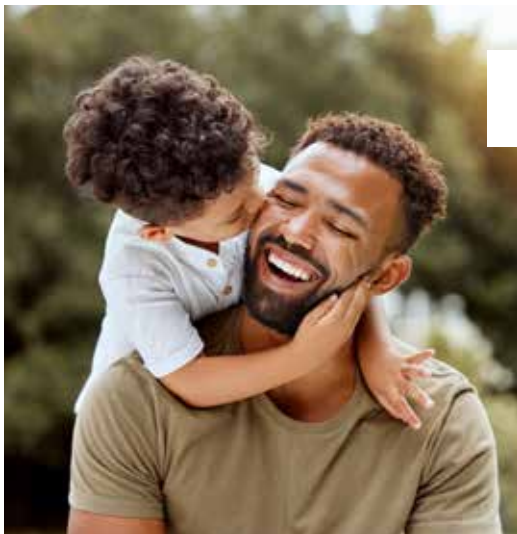
Un programme de parrainage pour vous gâter

En parrainant un membre de votre famille, un ami, un collègue... nous vous offrons une carte cadeau d'une valeur de 40 € ⁽²⁾ à utiliser dans de multiples enseignes !

Un accompagnement en cas de difficultés

Pour vous aider à faire face aux aléas de la vie en cas de coups durs, les assistantes sociales de notre service « Conseil Accompagnement Santé » vous apportent des solutions personnalisées.

Découvrez nos offres exclusives et négociées pour vous



Renforcez votre protection santé

Garantie Indemnités Journalières Hospitalisation

Pour seulement 6,85 €/mois et quel que soit votre âge, vous recevez 30 € par jour d'hospitalisation pour améliorer votre confort : dépassement d'honoraires, chambre particulière, télévision, aide-ménagère...

Garantie Décès/Invalidité

Protégez ceux que vous aimez en les mettant à l'abri : un capital est versé aux bénéficiaires de votre choix et à vous-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie entre 10 000 € et 50 000 €. Exonéré d'impôts et de droits de succession ⁽¹⁾.

Protégez vos biens

Assurance Automobile

Profitez de tarifs privilégiés pour couvrir tous vos besoins en assurance auto :

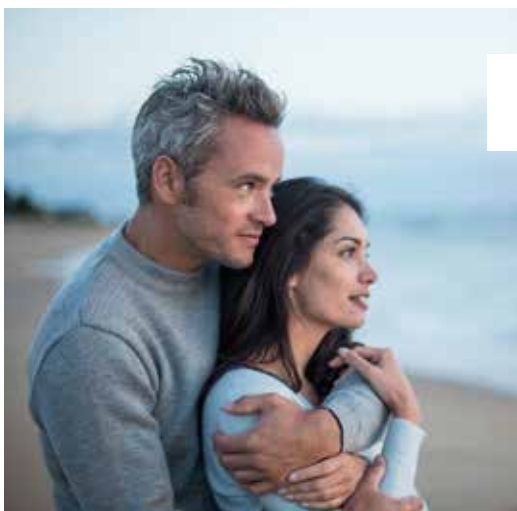
- › Réduction si vous avez un bonus à 50 % (depuis + de 3 ans ou 0 sinistre).
- › 15 % de remise si vous et votre conjoint êtes les seuls conducteurs du véhicule.



Pack auto et habitation jusqu'à 15% de réduction

Assurance Habitation

Pour votre résidence principale, secondaire ou investissement locatif : des tarifs réduits et négociés pour votre assurance habitation.



Préparez un avenir plus serein

Épargne Retraite et Gestion de Patrimoine

Nos experts en gestion de patrimoine réalisent avec vous un état des lieux de votre situation patrimoniale, de vos besoins et objectifs. Ils vous accompagnent ensuite dans la mise en œuvre de préconisations pertinentes répondant à ces objectifs ⁽²⁾.

Contrat Obsèques

Pour un avenir serein, la Mutuelle PréviFrance vous propose un contrat obsèques en capital ou en prestations pour préparer et financer vos obsèques et ainsi soulager vos proches.

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.

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 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.

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-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.

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'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.

*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.

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 €.

Les forfaits concernant la chirurgie réfractive sont calculés par année d'ancienneté dans la garantie par bénéficiaire et ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

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 prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que les inlay-crochet et clavettes. La Mutuelle prend en charge à ce titre leur remboursement, dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 100 %. Les plafonds se calculent par année d'ancienneté dans la garantie à partir de la date d'adhésion.

Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursés 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)

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 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.

VOS AVANTAGES

Gratuité de la cotisation du nouveau né jusqu'à son premier anniversaire.

Gratuité de la cotisation à partir du troisième enfant, lorsque les deux aînés (inscrits à la Mutuelle en tant qu'ayant droit du membre participant) sont âgés de moins de 20 ans dans l'année en cours.

Garantie « coups durs » : prise en charge de la cotisation par la Mutuelle à hauteur de 50 % pendant 1 an

- En cas de liquidation judiciaire, si le membre participant a plus de 5 ans d'ancienneté dans la garantie et sous condition de non reprise d'activité.

- En cas d'invalidité de 3ème catégorie du membre participant âgé de moins de 62 ans ayant plus de 3 ans d'ancienneté dans la Mutuelle sur présentation de la notification de mise en invalidité.

La prise en charge s'effectue sans rétro activité au premier jour du mois, suivant la réception de la demande écrite, accompagnée des justificatifs, sous réserve que le membre participant soit à jour du paiement de ses cotisations. Cette garantie ne donne pas lieu à un remboursement de cotisation.

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 courrier avec accusé de réception adressé à : CM2C - 14 RUE SAINT JEAN - 75017 Paris

- soit par voie électronique sur le site internet de CM2C : <https://www.cm2c.net/>

- soit par mail à cm2c@cm2c.net accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier.