

# PREVOYANCE MUTUALISTE



Ile-de-France

2020 - Agents  
Territoriaux

## Protection Santé

Votre complémentaire santé  
en partenariat avec  
votre collectivité

0 800 449 349

Service & appel  
gratuits

Contrats  
labellisés




Éligibles à la  
participation  
employeur

### PLANCHERS ET PLAFONDS DE PRISE EN CHARGE PAR ÉQUIPEMENT (VERRES ET MONTURE)

	MINIMUM	MAXIMUM
- 2 verres simples	50 €	420 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 1 verres simple + 1 verre complexe	125 €	560 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 1 verre simple + 1 verre très complexe	125 €	610 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 2 verres complexes	200 €	700 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 €	750 € dont 100 € au maximum pour la monture
- 2 verres très complexes	200 €	800 € dont 100 € au maximum pour la monture

Pour les seuls bénéficiaires âgés de 16 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement (une monture et deux verres) tous les deux ans, forfait monture et verres de classe B : par bénéficiaire à 200 € en MC100, 250 € en MC125, 400 € en MC170 et MC200, sauf modification de la correction visuelle (période de un an). Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. L'appréciation des périodes se fait de date à date à compter de l'achat du dernier équipement optique. Le remboursement de la monture ne peut excéder 100 € (inclus dans les plafonds limites). Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Toute modification du taux de remboursements de la Sécurité sociale sur l'équipement optique est susceptible d'entraîner une modification de la garantie optique afin de respecter les plafonds prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

# 2020 – Agents Territoriaux

<b>BARÈME DE PRESTATIONS au 01/01/2020</b>	<b>MC 100</b>	<b>MC 125</b>	<b>MC 170</b>	<b>MC 200</b>
<b>Remboursement Régime Obligatoire + Mutuelle</b>				
<b>PRESTATIONS MÉDICALES (3)</b>				
<b>Prise en charge de la franchise de 24 € pour tout acte supérieur à 120 €</b>				
Consultations, visites généraliste optam	100 %	125 %	170 %	200 %
Consultations, visites généraliste non optam	100 %	100 %	130 %	160 %
Consultations, visites spécialiste, npsy optam	100 %	125 %	170 %	200 %
Consultations, visites spécialiste, npsy non optam	100 %	100 %	130 %	160 %
Actes de spécialistes (hors hospitalisation) optam	100 %	125 %	170 %	200 %
Actes de spécialistes (hors hospitalisation) non optam	100 %	100 %	130 %	160 %
Radiologie, Scanner, Echographie optam	100 %	125 %	170 %	200 %
Radiologie, Scanner, Echographie non optam	100 %	100 %	130 %	160 %
Laboratoire et prélèvements	100 %	125 %	170 %	200 %
Auxiliaires médicaux : Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie, Soins Infirmiers, ...	100 %	125 %	170 %	200 %
Pharmacie (vignettes : blanches, bleues, oranges)	TM	TM	TM	TM
<b>OPTIQUE (1)</b>				
<b>Montures &amp; Verres de Classe A (100% santé) (au 1er janvier 2020)</b>				
	<b>Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé</b>	<b>Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé</b>	<b>Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé</b>	<b>Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé</b>
<b>Forfait Monture &amp; Verres de Classe B (hors 100% santé) :</b>				
Verres Simples de Classe B	200 €	250 €	400 €	400 €
Complexes & Très Complexes de Classe B				
Lentilles	75 €	75 €	75 €	75 €
<b>APPAREILLAGE</b>				
<b>Prothèses auditives* Classe (100% Santé)</b>				
	<b>Rbt Intégral à compter de 2021</b>	<b>Rbt Intégral à compter de 2021</b>	<b>Rbt Intégral à compter de 2021</b>	<b>Rbt Intégral à compter de 2021</b>
Prothèses auditives* Classe II	200 %	225 %	300 %	300 %
Accessoires auditifs	50 €	100 €	150 €	150 €
Orthopédie et autres appareillages	200 %	225 %	300 %	300 %
<b>DENTAIRE (2)</b>				
<b>Soins &amp; Prothèses Dentaires (100% santé)</b>				
	<b>Rbt Intégral dans le cadre du 100% santé</b>	<b>Rbt Intégral dans le cadre du 100% santé</b>	<b>Rbt Intégral dans le cadre du 100% santé</b>	<b>Rbt Intégral dans le cadre du 100% santé</b>
Soins & Prothèses dentaires à prix modéré ou à prix libre	100 %	125 %	170 %	200 %
Inlay-Onlay	100 %	125 %	170 %	200 %
Prothèses dentaires : dent visible	200 %	250 %	400 %	400 %
Prothèses dentaires : dent non visible	200 %	250 %	400 %	400 %
Inlays - Core	200 %	250 %	400 %	400 %
Orthodontie acceptées S.S. (par semestre)	150 %	250 %	350 %	350 %
Implantologie ou parodontologie (Forfait Annuel)	300 € / an	450 € / an	600 € / an	600 € / an
Plafond dentaire (hors soins et TM / hors 100% santé)	650 € / an	1000 € / an	2000 € / an	2000 € / an
<b>HOSPITALISATION MÉDECINE, CHIRURGIE, CONVALESCENCE (3)</b>				
<b>Prise en charge de la franchise de 24 € pour tout acte supérieur à 120 €</b>				
Frais Hospitaliers, Frais de salle, (Analyses, radiologie, Aux. Médicaux)	100 % du BR	100 % du BR	100 % du BR	100 % du BR
Honoraires Médecins & Chirurgiens (Actes de Chirurgie, Anesthésie) optam	125 % du BR	125 % du BR	170 % du BR	200 % du BR
Honoraires Médecins & Chirurgiens (Actes de Chirurgie ; Anesthésie) non optam	105 %	105 %	150 %	180 %
Forfait journalier (tarif en vigueur)	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
Chambre particulière (4)	40 € / jour	50 € / jour	50 € / jour	70 € / jour
Lit accompagnant (jusqu'à 16 ans - 30 jours/an)	15 € / jour	19.50 € / jour	23 € / jour	23 € / jour
Frais de transport (acceptés S.S.)	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>ACTES DE PRÉVENTION</b>				
Détartrage complet (sc12) / Dépistage de l'Hépatite B / Vaccinations	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépistage des troubles de l'audition (+50 ans)	100 %	100 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie remboursée (femmes + 50 ans)	100 %	100 %	100 %	100 %
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	20 €	20 €	30 €	30 €
<b>PRIMES FORFAITS</b>				
Cure thermale acceptée S.S (1) : Frais médicaux - Hébergements et transports	TM + 230 €	TM + 230 €	TM + 382 €	TM + 382 €
Forfait Naissance (5)	107 €	153 €	305 €	305 €
Vaccin non remboursé (1)	11 €	11 €	14 €	14 €
Pack confort & Médecine Douce (6)	15 € / séance	15 € / séance	20 € / séance	20 € / séance
Automédication ou Médicaments non pris en charge	90 € / an	90 € / an	90 € / an	90 € / an
(Remboursement sur présentation d'une facture pour tous médicaments inscrit au Vidal)				
Carte Tiers payant, Assistance à domicile, Protection Juridique Santé*	oui	oui	oui	oui

**PRÉCISIONS SUR LES REMBOURSEMENTS :** Les Taux de remboursement, indiqués dans la présente grille, s'appliquent lorsque l'assuré a respecté le parcours de soins coordonnés. Hors du parcours de soins, et selon la situation, le R.O modifie certains de ses taux ou tarifs de responsabilité qui ne sont pas compensés par la Mutuelle. Les remboursements de la Mutuelle respectent le cahier des charges du « Contrat Responsable » (Art.L871-1 du code de la S.S) et s'appliquent à l'ensemble des soins et actes, qu'ils soient ou non effectués dans le cadre du parcours de soins. Toutefois, la Mutuelle ne prend en charge aucun dépassement d'honoraires hors parcours de soins coordonnés, ni la majoration de participation appliquée par le R.O aux actes et prescriptions hors du parcours de soins coordonnés, ni la majoration d'honoraires et actes externes réalisés par les praticiens hospitaliers hors du parcours de soins coordonnés, les actes hors mononclature et la participation forfaitaire de 1€ instaurée par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 définie à l'article L322-2 du code de la S.S ainsi que les franchises mentionnées au III de l'article L322-2 ne sont pas pris en charge par la Mutuelle. En cas de pluralité d'assureurs, les dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 13 août 1990 s'appliquent.

Lexique : BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale - TM = Ticket modérateur (Différence entre le TC et le remboursement RO) TC = Tarif de Convention. OPTAM = Option pratique tarifaire maîtrisée

(1) Les forfaits sont annuels (de date à date) et par bénéficiaire. (2) Prothèses Dentaires (hors TM) : limitées à 650 €/an en option 100% ; 1000 €/an en option 125% ; 2000 €/an en option 170% ; 2000 €/an en option 200%. Montants par bénéficiaire. (3) Dépassements d'honoraires chirurgicaux calculés sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale, sur présentation du bulletin de situation et de la facture de l'établissement. (4) Chambre Particulière limitée à 120 jours en chirurgie et médecine par an et 10 jours en maternité. (5) Forfait naissance : montant maximum alloué sur présentation de justificatifs de dépenses liées au séjour à la maternité, dépassement d'honoraires péridurale, dépassement chambre particulière, TV... (6) Médecine douce limitée à 6 actes par année civile sur présentation d'une facture acquittée : Ostéopathie ; Chiropractie ; Acupuncture ; Etiopathie ; Diététique ; Naturopathie ; Kinésiologie ; Sophrologie ; Réflexologie, Hypnose ; Shiatsu ; Pédicurie/Podologue ; Homéopathie (Préparations non remboursés) ; Psychologue (7) Quelque soit le nombre d'enfant. (\*) sous conditions, décrites dans le dépliant « Assistance PMF »