

PREVOYANCE MUTUALISTE



Ile-de-France

2022 - Agents Territoriaux

Protection Santé

Votre complémentaire santé
en partenariat avec
votre collectivité

Contrats
labellisés

Éligibles à la
participation
employeur

PRÉCISIONS SUR LES REMBOURSEMENTS : Les Taux de remboursements, 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 monenclature 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 : RO = régime obligatoire - 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 ; Naturopathe ; Kinésiothérapie ; Sophrologie ; Réflexologie, Hypnose ; Shiatsu ; Pédiatrie/Podologue ; Homéopathie (Préparations non remboursées) ; Psychologue (7) Quelque soit le nombre d'enfant. (8) Aides auditives Classe II remboursement RO + Mutuelle plafonné à 1700 € par oreille, remboursement tous les 4 ans.

*100% Santé (Tels que définis réglementairement) Optique : Le remboursement de la monture de classe A est plafonné à 30 €. Le remboursement de la monture de classe B est plafonné à 100 €. Les montants sont exprimés y compris le remboursement du R.O. Les remboursements intègrent la prestation d'appareil et les suppléments pour verres avec filtres à hauteur du ticket modérateur. La date pour le renouvellement est celle de la dernière acquisition. La période est ramenée à 1 an pour les mineurs de moins de 16 ans ou pour une dégradation des performances oculaires. Dentaire : dans la limite des honoraires limite de facturation. Auditif : La date pour le renouvellement est celle de la dernière acquisition pour une période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions de la liste prévue à l'article L 165-1. (***) sous conditions, décrites dans le dépliant «Assistance PMIF»

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 verre 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.

2022 – Agents Territoriaux

BARÈME DE PRESTATIONS au 01/01/2022

Remboursement Régime Obligatoire + Mutuelle

MC 100

MC 125

MC 170

MC 200

PRESTATIONS MÉDICALES ⁽³⁾

Prise en charge de la franchise de 24 € pour tout acte supérieur à 120 €

Consultations, visites généraliste OPTAM	100 % Br	125 % Br	170 % Br	200 % Br
Consultations, visites généraliste NON OPTAM	100 % Br	100 % Br	130 % Br	160 % Br
Consultations, visites spécialiste, npsy OPTAM	100 % Br	125 % Br	170 % Br	200 % Br
Consultations, visites spécialiste, npsy NON OPTAM	100 % Br	100 % Br	130 % Br	160 % Br
Actes de spécialistes (hors hospitalisation) OPTAM	100 % Br	125 % Br	170 % Br	200 % Br
Actes de spécialistes (hors hospitalisation) NON OPTAM	100 % Br	100 % Br	130 % Br	160 % Br
Radiologie, Scanner, Echographie OPTAM	100 % Br	125 % Br	170 % Br	200 % Br
Radiologie, Scanner, Echographie NON OPTAM	100 % Br	100 % Br	130 % Br	160 % Br
Laboratoire et prélèvements	100 % Br	125 % Br	170 % Br	200 % Br
Auxiliaires médicaux : Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie, Soins Infirmiers, ...	100 % Br	125 % Br	170 % Br	200 % Br
Pharmacie (vignettes : blanches, bleues, oranges)	TM	TM	TM	TM

OPTIQUE ⁽¹⁾

Montures & Verres de Classe A 100% Santé*



Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé

Forfait Monture & Verres de Classe B (hors 100% santé) :				
Verres Simples de Classe B Complexes & Très Complexes de Classe B	200 €	250 €	400 €	400 €
Lentilles	75 €	75 €	75 €	75 €

AIDES AUDITIVES

Prothèses auditives Classe I 100% Santé*



Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé

Prothèses auditives Classe II (par oreille appareillée) ⁽⁸⁾	200 % Br	225 % Br	300 % Br	300 % Br
Accessoires auditifs, piles	50 €	100 €	150 €	150 €
Orthopédie et autres appareillages	200 % Br	225 % Br	300 % Br	300 % Br

DENTAIRE ⁽²⁾

Soins & Prothèses Dentaires 100% Santé*



Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé

Soins & Prothèses dentaires à prix modéré ou à prix libre	100 % Br	125 % Br	170 % Br	200 % Br
Inlay-Onlay	100 % Br	125 % Br	170 % Br	200 % Br
Prothèses dentaires : dent visible	200 % Br	250 % Br	400 % Br	400 % Br
Prothèses dentaires : dent non visible	200 % Br	250 % Br	400 % Br	400 % Br
Prothèses transitoires	100 % Br	100 % Br	125 % Br	125 % Br
Inlays – Core	200 % Br	250 % Br	400 % Br	400 % Br
Orthodontie acceptées R.O. (par semestre)	150 % Br	250 % Br	350 % Br	350 % Br
Implantologie (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

HOSPITALISATION MÉDECINE, CHIRURGIE, CONVALESCENCE ⁽³⁾

Prise en charge de la franchise de 24 € pour tout acte supérieur à 120 €

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 % Br	105 % Br	150 % Br	180 % Br
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 R.O.)	100 % Br	100 % Br	100 % Br	100 % Br

ACTES DE PRÉVENTION

Détartrage complet / Dépistage de l'Hépatite B / Vaccinations	100 % Br	100 % Br	100 % Br	100 % Br
Dépistage des troubles de l'audition (+50 ans)	100 % Br	100 % Br	100 % Br	100 % Br
Ostéodensitométrie remboursée (femmes +50 ans)	100 % Br	100 % Br	100 % Br	100 % Br
Ostéodensitométrie non remboursée par le R.O.	20 €	20 €	30 €	30 €

PRIMES FORFAITS

Cure thermale acceptée R.O. ⁽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
Médicaments non pris en charge sur prescription médicale (Remboursement sur présentation d'une facture pour tous médicaments inscrit au Vidal)	90 € / an	90 € / an	90 € / an	90 € / an

ASSISTANCE

Carte Tiers payant, Assistance à domicile, Protection Juridique Santé**	oui	oui	oui	oui
---	-----	-----	-----	-----

Complémentaire Santé Agents Territoriaux

Document d'information sur la garantie Mutuelle

Le contrat « Santé » est assuré par PMIF, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée en France sous le numéro SIREN 785 873 852

La gestion des prestations d'assistance Santé sont garanties par Filassistance International

La gestion des prestations de protection juridique «Préjudis Santé» sont assurées par Covéa Protection Juridique

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat complémentaire Santé Agents Territoriaux permet le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie ou à un accident, en complément du régime obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des offres labellisées pour les agents territoriaux.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

- ✓ **Hospitalisation** (médecine, chirurgie, convalescence) : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins généralistes et spécialiste, radiographie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux, transport
- ✓ **Frais optique** : Lunettes (monture et verres) lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires, inlay-onlay core, orthodontie, implants, parodontologie
- ✓ **Appareillages** remboursés par la Sécurité Sociale : audioprothèses, prothèses et orthèses, petits et gros appareillages
- ✓ **Actes de prévention** : densitometrie osseuse, vaccins antigrippal
- ✓ **Médecine Douce et actes de confort** : Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Étiothérapie, Naturopathie, Diététique, Réflexologie, Pédicurie, Sophrologie, Kinésiologie, Hypnose, Psychologue

Les services systématiquement prévus sont les suivants :

- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission.
- ✓ Assistance santé Filassistance (24h/7j)
- ✓ Protection Juridique Santé.
- ✓ Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- X Les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion.
- X Les frais de séjours : les actes et/ou interventions non pris en charge par les organismes du régime de base obligatoire.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! La participation forfaitaire d'un euro et les franchises sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Hospitalisation chirurgicale à caractère esthétique non prise en charge
- ! Les accidents survenus au cours des activités professionnelles

Principales Restrictions

- ! Chambre particulière : remboursement limité en montant et en durée suivant l'option ou la formule choisie.
- ! Optique : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans (remboursement possible tous les ans et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans)
- ! Prothèses dentaires et orthodontie : remboursements limités à un plafond annuel (prothèses remboursées par la Sécurité sociale) et à un nombre d'actes par an (prothèses dentaires et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale) variable suivant la Formule choisie.
- ! Appareillage auditif : remboursement limité à un appareil par an et par oreille.
- ! Médecine non-conventionnelle: remboursement limité à un forfait en euros par an et par bénéficiaire (variable suivant la Formule choisie).



Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, ainsi que dans les DROM
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'Assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée



Quelles sont mes obligations ?

- ✓ A la souscription :

Être affilié à un régime obligatoire français d'assurance-maladie.

Remplir avec exactitude la demande d'adhésion et la signer, et fournir l'ensemble des pièces justificatives demandées notamment un justificatif d'appartenance à la collectivité territoriale

- ✓ Durant le contrat :

Payer la cotisation prévue au contrat.

Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat.

Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.

Signaler tout changement de situation (régime de sécurité sociale d'une des personnes garanties, changement de domicile ou de situations familiales, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

- ✓ La cotisation est appelée annuellement et payable d'avance à l'assureur selon la périodicité et les termes convenus dans le calendrier de paiement, par chèque ou prélèvement automatique : un paiement fractionné peut être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ L'adhésion prend effet, à l'égard de l'ensemble des assurés, à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.
- ✓ En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Le contrat peut être résilié par lettre recommandée avec accusé de réception :

- ✓ A l'échéance annuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard. La démission prend effet au 1er jour de l'année suivante.
- ✓ En cas d'augmentation des cotisations, la loi Chatel vous permet de disposer d'un délai de 20 jours à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance cachet de la poste faisant foi.
- ✓ L'Adhérent, qui bénéficie d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire par le biais de son entreprise, peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation de l'employeur et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. La résiliation de la garantie prend effet au plus tôt au 1er jour du mois qui suit la notification par l'Adhérent de sa demande dûment justifiée.