



Barème de prestations	R.O	JEUNES DYNAMIC Remboursement R.O + Mutuelle
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	80 % 100 %	100 % Br
Forfait journalier (tarif en vigueur)	-	Illimité
Frais de transport (hors cure thermale)	-	100 % Br
SOINS COURANTS		
Consultations, visites (généraliste, spécialiste, Npsy) OPTAM ⁽¹⁾	70 %	100 % Br
Consultations, visites (généraliste, spécialiste, Npsy) NON OPTAM ⁽¹⁾	70 %	100 % Br
Actes de spécialistes, (hors hospitalisation) OPTAM ⁽¹⁾	70 %	100 % Br
Actes de spécialistes, (hors hospitalisation) NON OPTAM ⁽¹⁾	70 %	100 % Br
Franchise 24 € pour acte >120 €	-	OUI
Radiologie, Scanner, Echographie OPTAM	70 %	100 % Br
Radiologie, Scanner, Echographie NON OPTAM	70 %	100 % Br
Laboratoires et prélèvements	60 %	100 % Br
Auxiliaires Médicaux : Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie 100 %	60 %	100 % Br
Pharmacie (vignettes : blanches, bleues, orange)	15% 35 % 65 %	100 % Br
Orthopédie et autres appareillages	60 %	100 % Br
DENTAIRE		
Soins & Prothèses Dentaires 100% Santé*		Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé
Soins dentaires à prix modéré ou à prix libre	70 %	100 % Br
Prothèse dentaire visible à prix modéré ou à prix libre remboursée par le RO ⁽³⁾	70 %	250 % Br
Prothèse dentaire non visible à prix modéré ou à prix libre remboursée par le RO ⁽³⁾	70 %	175 % Br
Prothèse transitoire ⁽³⁾	70 %	125 %
Implants (forfait annuel)	-	300 €
AIDES AUDITIVES		
Équipements 100% Santé* Classe I par oreille		Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé
Prothèses auditives Classe II par oreille remboursée par le RO ⁽⁶⁾	60 %	100 % Br
Accessoires, piles	60 %	100 % Br
OPTIQUE		
Équipements 100% Santé* Classe A		Remboursement Intégral dans le cadre du 100% santé
Forfait équipements Verres et Monture Classe B ⁽²⁾ :	60 %	200 €
Lentilles	-	75 €
PRÉVENTION ET PRIMES		
Détartrage annuel complet	70 %	100 % Br
Dépistage de l'Hépatites B	70 %	100 % Br
Vaccinations**	70 %	100 % Br
Prime naissance ⁽⁴⁾	-	100 €
PACK CONFORT		
Vaccin non remboursé ⁽⁵⁾	-	11 € /an
Substitut Nicotinique ⁽⁵⁾	-	50 € /an
Pilule contraceptive ⁽⁵⁾	-	50 € /an
ASSISTANCE		
Assistance à domicile, Protection Juridique Santé (soumis à conditions***)	-	OUI
Carte de Tiers Payant	-	OUI

PLANCHERS ET PLAFONDS DE PRISE EN CHARGE PAR ÉQUIPEMENT (Verres et Montures)

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	

**JEUNES
ACTIFS**

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties incluent le remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO). Les forfaits et plafonds de garantie (hors optique) sont valables par bénéficiaire et par année civile (pas de report d'une année sur l'autre des forfaits ou plafonds non utilisés). Les remboursements sont effectués sans qu'au total l'assuré puisse recevoir une somme supérieure à ses débours réels. Votre contrat respecte la législation sur le parcours de soins et la législation des contrats responsables (article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale complété par le paragraphe II et III). Il ne prend pas en charge la participation de 1 € sur les consultations, la franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, et 2 € par transport.

(1) Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité (125% pour 2015 et 2016) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

(2) 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 € 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.

(3) Prothèses dentaires (hors TM) : limite annuelle : 806,25€.

(4) Maternité : montant maximum alloué sur présentation de justificatifs de dépenses liées au séjour en maternité (dépassements d'honoraires péridurale, dépassement chambre particulière, TV...).

(5) forfait annuel et par bénéficiaire, sur présentation du justificatif (prescription médicale et facture acquittée)

(6) Aides auditives Classe II remboursement RO + Mutuelle plafonnées à 1700 € par oreille, remboursement tous les 4 ans.

Lexique : RO = régime obligatoire – REC = reconstruite TM = Ticket Modérateur (montant restant à la charge de l'assuré après le remboursement RO)

BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale OPTAM = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

*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'appairage 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.

** Vaccinations : diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges), Haemophilus Influenzae B, Infection invasive à pneumocoques.

*** Prestations décrites dans le dépliant « Assistance ». Renseignements auprès de nos collaboratrices.



LA FORMULE JEUNES DYNAMIC présente le meilleur rapport qualité /prix. Elle couvre à 100% tous les frais médicaux (les soins médicaux courants, l'optique, l'hospitalisation et les soins dentaires) et même plus.

VOUS ÊTES SALARIÉ(E) ?

Depuis le **1er janvier 2016** votre entreprise doit obligatoirement vous proposer une couverture santé collective. **N'attendez pas!**

Parrainez votre entreprise et recevez des chèques cadeaux !

Plus d'info sur www.pmif.fr

Complémentaire Santé JEUNES

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 873852

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 JEUNES permet le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie ou à un accident, en complément du régime obligatoire.



Qu'est ce qui est assuré ?

- ✓ **Hospitalisation** (médecine, chirurgie, convalescence, psychiatrie) : Frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, radiographie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux
- ✓ **Frais optique** : Lunettes (monture et verres) lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins & prothèses dentaires, implants (forfait annuel)
- ✓ **Appareillages** remboursés par la Sécurité Sociale : orthopédie et autres appareillages
- ✓ **Actes de prévention** : vaccins antigrippal, substitut nicotinique, pilule contraceptive, dépistage Hépatite B
- ✓ **Prime et Forfaits** : prime naissance

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 ?

- ✗ Les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion.
- ✗ 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 boîtes 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.
- ! Chambre particulière non prise en charge
- ! Hospitalisation chirurgicale à caractère esthétique non pris en charge
- ! Les accidents survenus au cours des activités professionnelles de pilotes et membres d'équipage

Principales Restrictions

- ! Optique adulte : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans (sauf évolution de la vue remboursement possible tous les ans)
- Optique enfant : moins de 16 ans, remboursement possible tous les ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans
- ! Prothèses dentaires et implants : remboursements limités à un plafond annuel (prothèses remboursées par la Sécurité sociale) et à un nombre d'actes par an (prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale) 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 complémentaires demandées.

- ✓ 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.
- ✓ Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 : Vous disposez de la faculté de dénoncer votre adhésion à tout moment, si votre contrat santé a plus d'un an. Votre demande doit être adressée à la Mutuelle, soit par courrier, par déclaration contre récépissé à notre siège ou par tout autre support durable.

Lisibilité des Garanties



EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Garantie Jeunes	Montant de la Dépense engagée	Base de Remboursement de l'Assurance Maladie	Prise en charge de la part du Régime Obligatoire (CPAM- MSA-MFP)	Prise en Charge Part PMIF	Reste à Votre charge
HOSPITALISATION					
 Forfait Journalier : Hospitalisation de 5 journées en chirurgie ou en observation médicale	100,00 €	0,00 €	0,00 €	100,00 €	0,00 €
Dépassement d'Honoraires du Chirurgien, de l'Anesthésiste (adhérant à la DPTAM*) en clinique pour une opération de l'appendicite	176,79 € soit un dépassement de 200 €	176,79 €	176,79 €	0,00 €	200,00 €
OPTIQUE					
 Equipement optique comprenant une monture et 2 verres (verres unifocaux) de Classe A dans le cadre du 100% santé	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €
Equipement optique comprenant une monture et 2 verres (verres unifocaux) de Classe B Prix de Vente Libre	320,00 €	0,15 €	0,09 €	199,91 €	120,00 €
DENTAIRE					
 Pose d'une couronne céramo-métallique 100% santé (sur incisives, canines ou prémolaires)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €
Pose d'une couronne céramo-métallique (sur 2èmes prémolaires) tarif maîtrisé	650,00 €	120,00 €	84,00 €	216,00 €	350,00 €
AIDES AUDITIVES (adulte)					
 Aide Auditive de Classe I par oreille (équipement 100% Santé)	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide Auditive de Classe II par oreille	1900,00 €	400,00 €	240,00 €	160,00 €	1500,00 €
SOINS COURANTS					
 Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraire (adhérant à un DPTAM*)	25,00 €	25,00 €	17,50 €	7,50 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérant à un DPTAM*)	45,00 €	30,00 €	21,00 €	9,00 €	15,00 €
Acte technique Médical pratiqué en cabinet par un médecin spécialiste en ophtalmologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérant à un DPTAM*)	55,00 €	38,90 €	27,23 €	11,67 €	16,10 €
*DPTAM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé Données non contractuelles communiquées à titre d'exemple calculés en fonction de la base de remboursement du régime général de l'assurance maladie			Remboursement en moins de la franchise de 1€		