

PRIMO 2024

BARÈME DE PRESTATIONS

RO

option 1

option 2

option 3

Remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle



SOINS COURANTS

Consultations, visites (généraliste)	70%	100% Br	125% Br	170% Br
Consultations, visites (spécialiste)	70%	100% Br	125% Br	170% Br
Actes de spécialistes (hors hospitalisation)	70%	100% Br	125% Br	170% Br
Imagerie médicale	70%	100% Br	100% Br	100% Br
Laboratoire et prélèvements	60%	100% Br	100% Br	100% Br
Auxiliaires Médicaux : Soins infirmiers, Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie	60%	100% Br	100% Br	100% Br
Frais de transport acceptés S.S.	55%	100% Br	100% Br	100% Br
Pharmacie (vignettes blanches, bleues, orange)	15% 35% 65%	100% Br	100% Br	100% Br
Orthopédie, Pansement, Accessoires, petit appareillage (6)	60%	100% Br	100% Br	100% Br
Prise en charge de la franchise de 24€ pour tout acte supérieur à 120 €	-	OUI	OUI	OUI



HOSPITALISATION

Frais de structure et de soins (hors PSY et EHPAD)	80 % 100 %	100% Br	100% Br	100% Br
Honoraires Chirurgiens / Anesthésistes établissement conventionné (1)	100 %	100% Br	150% Br	200% Br
Honoraires Chirurgiens / Anesthésistes établissement non conventionné (1)	100 %	100% Br	100% Br	100% Br
Forfait Journalier (2) (hors PSY)	-	Frais réel	Frais réel	Frais réel
Chambre Particulière (3)	-	-	30 € / jour	50 € / jour
Lit accompagnant (jusqu'à 16 ans) (4)	-	-	20 € / jour	30 € / jour



ACTES DE PRÉVENTION

Détartrage complet	-	100% Br	100% Br	100% Br
Dépistage des troubles de l'audition (+50ans)	-	100% Br	100% Br	100% Br
Dépistage de l'Hépatite B	-	100% Br	100% Br	100% Br
Ostéodensitométrie (femmes + 50 ans)	-	100% Br	100% Br	100% Br
Vaccinations*	-	100% Br	100% Br	100% Br
Carte Tiers Payant	-	OUI	OUI	OUI
Assistance à domicile, Protection Juridique Santé***	-	OUI	OUI	OUI
Deuxiemeavis.fr	-	OUI	OUI	OUI
Medaviz (téléconsultation)	-	OUI	OUI	OUI



BIEN ÊTRE

Médecine Douce (5) : ostéopathie, chiropractie, diététique, acupuncture, sophrologie, pédicurie, homéopathie	-	20 € / séance	30 € / séance	40 € / séance
Médicaments non remboursés inscrit au Vidal**	-	30 € / an	50 € / an	70 € / an

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). Votre contrat tient compte des mesures prévues par l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, du respect du parcours de soins. Il ne prend pas en charge les participations forfaitaires prévues à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (participation de 1 €, franchise de 0,50 € par médicament et par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € par transport).

Les forfaits et plafonds de garanties 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.

(1) Dépassements d'honoraires chirurgicaux : calculés sur la base de remboursement de la sécurité sociale, ainsi que sur présentation du bulletin de situation et de la facture de l'établissement acquittée.

(2) Forfait Journalier limitée à 60 jours /an en option 1, 90 jours /an en option 2 et 120 jours /an en option 3

(3) Chambre particulière médecine, chirurgie, ambulatoire (hors EHPAD) : limitée à 30 jours /an en option 2, 60 jours /an en option 3 - et 10 jours maximum en maternité

(4) Lit accompagnant (jusqu'à 16 ans) limitée à 30 jours /an en option 2, 60 jours /an en option 3

(5) Pack Médecine douce : 6 séances par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues : ostéopathie, chiropractie, diététique, acupuncture, sophrologie, pédicurie, homéopathie (préparations non remboursées)

(6) Hors appareils auditifs et gros matériels médicaux

Lexique : RO= régime obligatoire - BR = Base de remboursement de la sécurité sociale - TM = ticket modérateur (montant restant à la charge de l'assuré après le remboursement RO)

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

**Médicaments non remboursés inscrit au Vidal sur prescription médicale

*** Prestations décrites dans le dépliant « Assistance », Deuxiemeavis.fr & Medaviz en inclusion 100% pris en charge par la mutuelle. (Renseignements auprès de nos collaboratrices)



3 OPTIONS ADAPTÉES À VOS BESOINS OPTION 1 - OPTION 2 - OPTION 3



VOS AVANTAGES



un avis de médecin spécialisé en moins de 7 jours, sans vous déplacer !

Grâce à deuxiemeavis.fr, obtenez en moins de 7 jours l'avis sur dossier d'un médecin spécialisé dans votre pathologie :

- +300 médecins spécialisés
- +700 maladies couvertes (dont maladies du rachis, endométriose, cancers, acouphènes...)
- 30% d'opérations ou traitements inutiles évités en cas de divergence

UN MÉDECIN disponible par téléphone 24h/24 et 7j/7

PREVOYANCE MUTUALISTE Ile-de-France

- > La solution simple et rapide pour répondre à vos questions médicales
- > Service inclus dans votre garantie santé

M | Medaviz

ligne dédiée 09 74 99 02 54

- > **Plus d'écoute** Des études et des solutions personnalisées - Des conseillers spécialisés
- > **Plus de facilité** Des conditions de souscriptions simplifiées - Appli mobile / Une consultation de vos remboursements sur Internet
- > **Plus de services** Une assistance santé à domicile (aide ménagère...) - Deuxiemeavis - Medaviz *téléconsultation*
- > **Plus de souplesse** Aucune avance de frais (tiers payant national) chez tous les professionnels de santé acceptant cette pratique
Liaisons directes avec les caisses de régime obligatoire (CPAM, RSI, MGEN...)

Complémentaire Santé PRIMO

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 des garanties.

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

Le contrat complémentaire Santé PRIMO permet le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie ou à un accident, en complément du régime obligatoire. Cette garantie est « non responsable ».



Tous les remboursements sont calculés sur la base de remboursement de la sécurité sociale et limités à la dépense engagée. Les conditions de remboursement sont décrites sur le tableau des garanties ainsi que dans le Règlement Mutualiste

Qu'est ce qui est assuré ?

- ✓ **Hospitalisation** (médecine, chirurgie) : Frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Soins courants** : consultations, visites médecins, imagerie médicale, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux, transport. Orthopédie et petit appareillage (pansement, orthèse)
- ✓ **Actes de prévention** : vaccins, détartrage, dépistage Hépatite B, dépistage des troubles de l'audition
- ✓ **Forfaits Bien-Être** : médecine douce, médicaments non remboursés

Les services systématiquement prévus sont les suivants :

- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission
- ✓ Assistance santé Filassistance (24h/7j)
- ✓ Protection Juridique Santé
- ✓ Deuxiemeavis.fr
- ✓ Medaviz (téléconsultation)
- ✓ 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 ?

Ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- ! La participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- ! Les consultations en dehors du parcours de soins coordonnés.

Sauf mentions contraires figurant dans les tableaux de garanties, sont également exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- ! Les frais engagés hors de France, sauf si la Caisse de Sécurité sociale française à laquelle l'Adhérent est affilié prend en charge les frais engagés hors de France;
- ! Les actes hors nomenclature de la Sécurité sociale ou Classification Commune des Actes Médicaux;
- ! Les prothèses dentaires provisoires ou transitoires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire;
- ! Les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par la Sécurité sociale, tels que les cures de rajeunissement, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites;
- ! Les séjours et frais au sein d'établissements médico- sociaux (ex: maison d'accueil spécialisée et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence, psychiatrie) non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire;
- ! Les hospitalisations classées en long séjour par la Sécurité sociale.

Principales Restrictions

- ! Délai d'attente conformément au règlement Mutualiste applicable sur l'ensemble des prestations à compter de la date d'adhésion.
- ! Limitation selon renvoi



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 PRIMO	OPTION	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	1	100,00 €	0,00 €	0,00 €	100,00 €	0,00 €
	2	100,00 €	0,00 €	0,00 €	100,00 €	0,00 €
	3	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 la cataracte	1	450,00 €	271,70 €	271,70 €	0,00 €	178,30 €
	2	450,00 €	271,70 €	271,70 €	135,85 €	42,45 €
	3	450,00 €	271,70 €	271,70 €	178,30 €	0,00 €
Dépassement d'Honoraires du Chirurgien, de l'Anesthésiste (adhérant à la DPTAM*) en clinique pour une opération de l'appendicite	1	387,86 €	187,86 €	187,86 €	0,00 €	200,00 €
	2	387,86 €	187,86 €	187,86 €	93,94 €	106,06 €
	3	387,86 €	187,86 €	187,86 €	187,86 €	12,14 €
SOINS COURANTS						
 Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraire (adhérant à un DPTAM*)	1	26,50 €	26,50 €	18,55 €	7,95 €	0,00 €
	2	26,50 €	26,50 €	18,55 €	7,95 €	0,00 €
	3	26,50 €	26,50 €	18,55 €	7,95 €	0,00 €
Consultation d'un médecin spécialiste en dermatologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérant à un DPTAM*)	1	70,00 €	55,00 €	38,50 €	16,50 €	15,00 €
	2	70,00 €	55,00 €	38,50 €	30,25 €	1,25 €
	3	70,00 €	55,00 €	38,50 €	31,50 €	0,00 €
*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€		