

Barème de prestations (1)

OPTION 1

2VI1

OPTION 2

2VI2

OPTION 3

2VI3

Remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle

SOINS COURANTS



Consultation, visite de généraliste, spécialiste	100% Br	125% Br	170% Br
Actes Techniques Médicaux (hors hospitalisation)	100% Br	125% Br	170% Br
Imageries Médicales	100% Br	100% Br	100% Br
Laboratoire et prélèvements	100% Br	100% Br	100% Br
Auxiliaires Médicaux (Actes de kinésithérapie ; Soins Infirmiers ; Orthophonie)	100% Br	100% Br	100% Br
Frais de transport (acceptés RO)	100% Br	100% Br	100% Br
Pharmacie (vignettes : blanches, bleues, orange)	100% Br	100% Br	100% Br
Prise en charge de la franchise de 24 € pour tout acte supérieur à 120 €	OUI	OUI	OUI

HOSPITALISATION Médecine, Chirurgie



Frais de structure et de soins (hors PSY et EHPAD)	100% Br	100% Br	100% Br
Honoraires Chirurgie/ Anesthésie en établissement conventionné (2)	100% Br	150% Br	200% Br
Honoraires Chirurgie/ Anesthésie en établissement non conventionné (2)	100% Br	100% Br	100% Br
Forfait Journalier (3) (hors PSY et EHPAD)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre Particulière (4)	-	40 € /jour	60€ /jour
Lit accompagnant (enfant – de 16 ans) (5)	-	20 € /jour	30 € /jour

APPAREILLAGE



Grand matériel médical ; Orthopédie ; Petits appareillages ; Prothèse Mammaire / Capillaire	TM+100 €	TM+150 €	TM+300 €
Appareil Auditif (accessoires et piles inclus) (6)	TM+100 €	TM+150 €	TM+300 €
Appareil respiratoire (apnée du sommeil)	100% Br	100% Br	100% Br

DENTAIRE



Soins dentaires, Inlay, Onlay, Radio	100% Br	125% Br	170% Br
Prothèses dentaires et Inlay-Core (acceptés RO) + Bonus fidélité (7)	200% Br	250% Br	300% Br
Orthodontie (acceptés RO) / semestre	200% Br	250% Br	300% Br
Implants (forfait annuel) ou acte de parodontologie (7.1)	-	400 € /an	600 € /an

OPTIQUE



Monture (8)	50 € /an	50 € /an	100 € /an
Verre (8) (simple ; complexe ; très complexe) ou Lentilles (acceptées ou refusées)	75 €	100 €	150 €
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, presbytie) Forfait par œil	-	100 €	150 €

PRÉVENTION ET AUTRES SOINS



Détartrage complet ; Dépistage des troubles de l'audition (+50 ans)	100% Br	100% Br	100% Br
Dispositif Mon Psy	INCLUS	INCLUS	INCLUS
Dépistage de l'Hépatite B ; Vaccinations* ; Ostéodensitométrie remboursée (femmes +50 ans)	100% Br	100% Br	100% Br

BIEN ÊTRE



Médecine Douce (9)	20 € /séance	40 € / séance	50 € / séance
Forfait Médicaments non remboursés inscrit au Vidal**	30 € /an	50 € /an	70 € /an
Maternité (+1 ^{ère} année d'adhésion gratuite pour le nouveau-né)	-	100 €	150 €
Cure Thermale	-	-	TM + 300 €

DIVERS SERVICES



***Assistance à domicile ; Protection Juridique Santé	OUI	OUI	OUI
Deuxiemeavis.fr	OUI	OUI	OUI
Medaviz (téléconsultation)	OUI	OUI	OUI
Carte Tiers Payant	OUI	OUI	OUI

PREVOYANCE MUTUALISTE ILE - DE - FRANCE

(1) Tous les pourcentages exprimés au sein du tableau se calculent par référence au tarif de base de remboursement du régime obligatoire (RO).
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.

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.

En cas de pluralité d'assureurs, les dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 13 août 1990 s'appliquent.

(2) 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.

(3) Forfait Journalier limitée à 30 jours /an en option 1, 60 jours /an en option 2 et 120 jours /an en option 3.

(4) Chambre particulière médecine, chirurgie (hors EHPAD) : limitée à 60 jours /an en option 2, 90 jours /an en option 3 et 10 jours /an en maternité option 2 et 3

(5) Lit accompagnant (enfant – de 16 ans) : limité à 30 jours /an en option 2 et 3

(6) Appareillage auditif : Forfait annuel par oreille appareillée et par bénéficiaire

(7) Prothèses dentaires remboursement (hors TM) plafonné à :

550 €/an en Option 1 ; 850 €/an en option 2 ; 1 100 €/an en option 3

+ Bonus fidélité :

à partir de la 3^{ème} année plafond : 1100 €/an en option 1 ; 1 250 €/an en option 2 ; 1 500 €/an en option 3

à partir de la 4^{ème} année plafond : 1500 €/an en option 1 ; 1 750 €/an en option 2 ; 2 000 €/an en option 3

(7.1) Implants ou acte de parodontologie forfait annuel.

(8) Les forfaits sont annuels (de date à date à partir de la date d'acquisition du dernier équipement) et par bénéficiaire

9) Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, diététique, acupuncture, sophrologie, pédicurie, homéopathie (préparations non remboursées)

6 séances par an et par bénéficiaire toutes spécialités confondues

*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)

Lexique : BR - Base de remboursement de la Sécurité Sociale / RO = régime obligatoire / REC = reconstituée TM - Ticket Modérateur = différence entre le TC (Tarif de Convention) et le remboursement



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

deuxieme
avis.fr

VOS AVANTAGES

M | Medaviz

**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 VITALITE

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 VITALITE 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, chambre particulière, lit accompagnant
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, imagerie médicale, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux, actes techniques médicaux, franchise, transport.
- ✓ **Frais optique** : lunettes (monture et verres) lentilles de contact, chirurgie de l'œil
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires, inlay-core, orthodontie et implants
- ✓ **Appareillages pris en charge par la Sécurité Sociale** : (hors dentaire) audioprothèses, prothèses et orthèses, petits et gros appareillages, appareils respiratoires
- ✓ **Actes de prévention** : densitométrie osseuse, vaccins, détartrage, dépistage Hépatite B, dépistage des troubles de l'audition
- ✓ **Forfaits Bien-Être** : médecine douce, médicaments non remboursés, maternité, cure thermale

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 ?

- ✗ 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.
- ✗ Les sports extrêmes



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.
- ! Hospitalisation chirurgicale à caractère esthétique non pris en charge

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 VITALITE	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 €
OPTIQUE						
 Equipement optique comprenant une monture et 2 verres (verres unifocaux) de Classe B Prix de Vente Libre	1	440,00 €	0,15 €	0,09 €	200,00 €	239,91 €
	2	440,00 €	0,15 €	0,09 €	250,00 €	189,91 €
	3	440,00 €	0,15 €	0,09 €	400,00 €	39,91 €
DENTAIRE						
 Pose d'une Prothèse	1	550,00 €	120,00 €	72,00 €	168,00 €	310,00 €
	2	550,00 €	120,00 €	72,00 €	228,00 €	250,00 €
	3	550,00 €	120,00 €	72,00 €	288,00 €	190,00 €
Inlay Core	1	175,00 €	90,00 €	54,00 €	121,00 €	0,00 €
	2	175,00 €	90,00 €	54,00 €	121,00 €	0,00 €
	3	175,00 €	90,00 €	54,00 €	121,00 €	0,00 €
Pose d'un implant	1	700,00 €	-	-	0,00 €	700,00 €
	2	700,00 €	-	-	400,00 €	300,00 €
	3	700,00 €	-	-	600,00 €	100,00 €
AIDES AUDITIVES (adulte)						
 Aide Auditive de Classe II par oreille	1	1000,00 €	400,00 €	240,00 €	260,00 €	500,00 €
	2	1000,00 €	400,00 €	240,00 €	310,00 €	450,00 €
	3	1000,00 €	400,00 €	240,00 €	460,00 €	300,00 €
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				Remboursement en moins de la franchise de 1€		
Données non contractuelles communiquées à titre d'exemple calculés en fonction de la base de remboursement du régime général de l'assurance maladie						