



2024

**MUTUELLE
SANTÉ LABELLISÉE**
COS MAINE ET LOIRE




Mutuelle
PréviFrance

	INIT	MEDIUM	COSI
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	130 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	130 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	120 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	120 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie : médicaments remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	130 % BR
Matériel médical : Orthopédie, petits et grands appareillages	100 % BR	100 % BR	250 % BR

HOSPITALISATION (1)


Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Si acte médical supérieur à 120 €, prise en charge du forfait	24 €	24 €	24 €
Honoraires médicaux OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	150 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM / OPTAM-CO	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Forfait patient urgence	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière chirurgie illimitée, convalescence : 60 jours, diététique et régime : 60 jours, maison de repos : 60 jours, maternité : illimitée, médecine : illimitée, rééducation : 60 jours	40 €/jour	50 €/jour	55 €/jour
Frais d'accompagnement enfant de moins de 16 ans ou adultes de plus de 75 ans : 30 jours - autres cas : 2 jours	16 €/jour	16 €/jour	16 €/jour
Garanties majorées en cas d'accident de la circulation			
Actes chirurgicaux et d'anesthésie OPTAM/OPTAM-CO	160 % BR	180 % BR	250 % BR
Actes chirurgicaux et d'anesthésie Hors OPTAM/OPTAM-CO	140 % BR	160 % BR	200 % BR
Chambre particulière (6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie)	120 €/jour	120 €/jour	120 €/jour
Frais d'accompagnement : lit et repas en milieu hospitalier (durée 15 jours max par accident)	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone...)	100 €/an	100 €/an	100 €/an

OPTIQUE (2) 1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue


	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
 Équipement 100 % Santé * (monture et verres classe A)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement hors 100 % Santé (monture et verres classe B)			
- Monture + verre simple et/ou complexe (en %)	100 % BR	-	-
- Verre simple	-	50 €/verre	80 €/verre
- Verre complexe	-	70 €/verre	180 €/verre
- Verre très complexe	-	70 €/verre	180 €/verre
- Monture	-	60 €	100 €
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait Lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire	-	80 €/an	200 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	-	150 €/œil	150 €/œil

* Tels que définis réglementairement

DENTAIRE (3)

	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
 Soins et prothèses 100 % Santé * (Panier sans reste à charge)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Soins et consultations	120 % BR	150 % BR	175 % BR
Inlay-Onlay	120 % BR	150 % BR	175 % BR
Prothèses remboursées par l'AMO (Paniers à reste à charge maîtrisés et tarifs libres)	150 % BR	200 % BR	350 % BR
Implantologie et parodontologie Remboursées par l'AMO	150 % BR	200 % BR	350 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Panier de soins dentaire affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : Implantologie non remboursée par l'AMO, parodontologie non remboursée par l'AMO, prothèses non remboursées de l'AMO	80 €	100 €	150 €

*Tels que définis réglementairement.

	INIT	MEDIUM	COSI
AIDES AUDITIVES (4) 1 prothèse par oreille tous les 4 ans			
 Équipement 100 % Santé * (Classe 1)	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement hors 100 % Santé (Classe 2)			
Aides auditives - Prothèses auditives	100 % BR	100 % BR	250 % BR
*Tels que définis réglementairement.			
TRANSPORT	100 % BR	100 % BR	100 % BR
LES PLUS (5)			
Cures Thermales : Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 150 €/an
Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : amioцентèse, contraception, fécondation in vitro, homéopathie non remboursée, ostéodensitométrie, sevrage tabagique, vaccins non remboursés	60 €	70 €	80 €
Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : acupuncteur, chiropraticien, diététicien diplômé d'état, ostéopathe, pédicure-podologue	30 €/séance 2 séances max/an	30 €/séance 3 séances max/an	35 €/séance 3 séances max/an
Prime de naissance	80 €	80 €	200 €
Actes de prévention remboursés par l'AMO	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Ces garanties sont conformes à la législation en vigueur sur les contrats responsables. Elles seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

ENTRE NOUS, C'EST SIMPLE



Espace adhérent et application mobile

Facilitez-vous la vie en pilotant votre contrat santé en toute liberté 24h/24 et 7j/7 grâce à votre espace adhérent sur votre smartphone ou ordinateur.

- Accédez à vos remboursements en temps réel, au détail de vos garanties, à votre carte de tiers payant, à votre contrat...
- **Transférez vos factures et devis simplement**
Prenez-les en photo et transférez-les sur votre espace adhérent ou directement via l'application mobile PréviFrance⁽¹⁾.
- Signalez-nous instantanément tout changement de situation (adresse, naissance...).



Carte Mutuelle 100% digitale

Votre **carte mutuelle tiers payant digitale est accessible directement sur votre espace adhérent PréviFrance** sur smartphone pour se glisser dans votre quotidien.

- + **PROCHE** : disponible 7j/7 et 24h/24.
- + **SÉCURISÉE** : accessible dès l'ouverture de l'espace adhérent PréviFrance.
- + **PRATIQUE** : mise à jour en temps réel.
- + **DURABLE** : découvrez la liberté d'une carte mutuelle digitale qui préserve l'environnement.

VOS COTISATIONS MENSUELLES 2024

COSI, la garantie la plus choisie :
grâce à ses tarifs stables

	INIT	MEDIUM	COSI
Jusqu'à 25 ans	34,79 €	49,38 €	53,67 €
26 - 30 ans	37,46 €	55,13 €	55,26 €
31 - 35 ans	40,47 €	60,48 €	68,36 €
36 - 40 ans	43,83 €	64,33 €	75,83 €
41 - 45 ans	47,51 €	68,9 €	76,56 €
46 - 50 ans	51,52 €	73,9 €	78,12 €
51 - 55 ans	56,88 €	79,25 €	79,65 €
56 - 60 ans	62,56 €	81,16 €	81,24 €
61 - 65 ans	68,59 €	87,31 €	101,04 €
66 - 70 ans	76,93 €	104,12 €	106,99 €
71 - 75 ans	85,98 €	113,7 €	108,98 €
76 - 80 ans	96,66 €	123,66 €	110,93 €
81 ans et plus	108,05 €	134,77 €	118,85 €
Tarif enfant (gratuit à partir du 3 ^e enfant inscrit)	24,08 €	32,18 €	32,51 €

Cotisations mensuelles en vigueur au 01/01/2024, ne tenant pas compte des majorations prévues à l'article 28 du décret du 8 novembre 2011. Tarifs valables hors évolution de la réglementation et de la fiscalité relatives aux contrats complémentaire santé.

À savoir sur les majorations de cotisation :

Conformément à la réglementation, vos cotisations peuvent être majorées de 2 % par année non cotisée à un contrat labellisé. Les années prises en compte sont celles au-delà de l'âge de 30 ans et au-delà des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique (cf décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés d'application).

Notre conseil : adhérez au plus vite à un contrat labellisé afin de bénéficier de meilleurs tarifs même si votre collectivité ne participe pas encore financièrement à votre complémentaire santé.

UNE MUTUELLE TOUJOURS À VOS CÔTÉS



EN AGENCE

40 agences situées au cœur des villes de France. Il y a forcément un conseiller PréviFrance près de chez vous !



PAR TÉLÉPHONE

Notre Pôle Collectivités Territoriales à votre écoute !

Pour un audit personnalisé et sans engagement

05 67 76 19 27

territoriaux@previfrance.fr



SUR MOBILE

Une application disponible 7j/7 et 24h/24 pour plus de liberté



SUR INTERNET

previfrance.fr

Votre espace adhérent sécurisé et gratuit. Vos demandes de devis santé, auto, habitation...

Pour en savoir plus



Mentions complémentaires

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

SOINS COURANTS

La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20 % BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR. Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

HOSPITALISATION (1)

- La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation uniquement dans les secteurs hospitaliers précisés dans le tableau de garanties. La prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond et du nombre de jours indiqués.
- Dans les établissements hospitaliers, chaque service a un numéro de discipline médico-tarifaire (DMT), lui-même rattaché à un secteur hospitalier : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Psychiatrie (PSY).
- Est réputé accident de la circulation, l'accident :
 - provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée,
 - survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre.

Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

- La chambre particulière n'est pas prise en charge dans les secteurs non mentionnés.
- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20 % BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR. Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.
- Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.
- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement

hospitalier.

- Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.
- Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.

OPTIQUE (2)

En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 et 2019-21 du 11 janvier 2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 100 €.

- Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.
- Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus.

L'équipement 100 % Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B ou inversement.

Les « Avantages Adhérents » sont attribués en complément du forfait équipement, dans les limites des plafonds des « Contrats Responsables », soit pour un équipement simple : 420 €, un équipement complexe : 700 €, un équipement très complexe : 800 €, un équipement simple et complexe : 560 €, un équipement simple et très complexe : 610 €, ou un équipement complexe et très complexe : 750 €.

Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres.

- Un verre simple est un verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00.
- Un verre complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00.
- Un verre très complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 ou dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00.

DENTAIRE (3)

- Le plafond dentaire annuel concerne les actes figurant au recto. Les prothèses et l'orthodontie remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge par la mutuelle dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 125 %.
- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.
- Les soins et prothèses 100 % santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés

ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.

AIDES AUDITIVES (4)

L'équipement 100 % Santé prévoit des aides auditives à prix limités (Classe I) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit une aide auditive à tarif libre (classe II), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garanties, dans la limite du plafond des Contrats Responsables (1 700 €/oreille). En application du décret 2019-21 du 11/01/2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait aide auditive tous les 4 ans.

Les avantages Adhérent sont attribués en complément du forfait aide auditive, dans la limite du plafond des « contrats responsables ».

LES PLUS (5)

- La prime de naissance est versée lors de l'inscription de l'enfant dans les 6 mois de sa naissance ou de l'adoption.
- Les médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 % la Mutuelle rembourse ces médicaments sur présentation de la facture originale acquittée.

Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline.

DISPOSITIONS APPLICABLES

Garantie régie par le Règlement Mutualiste Santé Prévi Territoriaux figurant sur la liste des contrats labellisés fournie par la Direction Générale des Collectivités Locales selon les dispositions du décret N°2011-1474 du 8 novembre 2011.

VOS AVANTAGES

Gratuité de la cotisation à partir du troisième enfant inscrit à la Mutuelle en tant qu'ayant droit du membre participant.

RÉCLAMATIONS SANTÉ ADHÉRENT

La Mutuelle PréviFrance est dotée d'une procédure de traitement des réclamations.

- Etape 1 : Contactez-nous

Avant de recourir au service chargé d'accueillir les réclamations, rapprochez-vous de : votre interlocuteur habituel par téléphone ou en agence du service Relation Adhérents par téléphone au 0 800 09 0800 ou via votre Espace Adhérent ou par courrier afin qu'une solution adaptée soit trouvée à votre interrogation.

- Etape 2 : Réclamation

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, envoyez votre réclamation par courrier recommandé avec accusé de réception, en écrivant à l'adresse suivante : Mutuelle PréviFrance - Réclamation Prévoyance Adhérents 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6 Un accusé-réception sera envoyé dans les 10 jours ouvrés maximum à compter de la réception de la réclamation. Une réponse sera apportée dans le délai maximum de 2 mois.

- Etape 3 : Médiation

En l'absence de réponse dans les 2 mois ou si le différent persiste et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige, saisissez gratuitement le Médiateur de la Mutuelle.

- soit par courrier avec accusé de réception adressé à : CM2C - 14 RUE SAINT JEAN - 75017 Paris

- soit par voie électronique sur le site internet de CM2C : <https://www.cm2c.net/>

- soit par mail à cm2c@cm2c.net

accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier.

