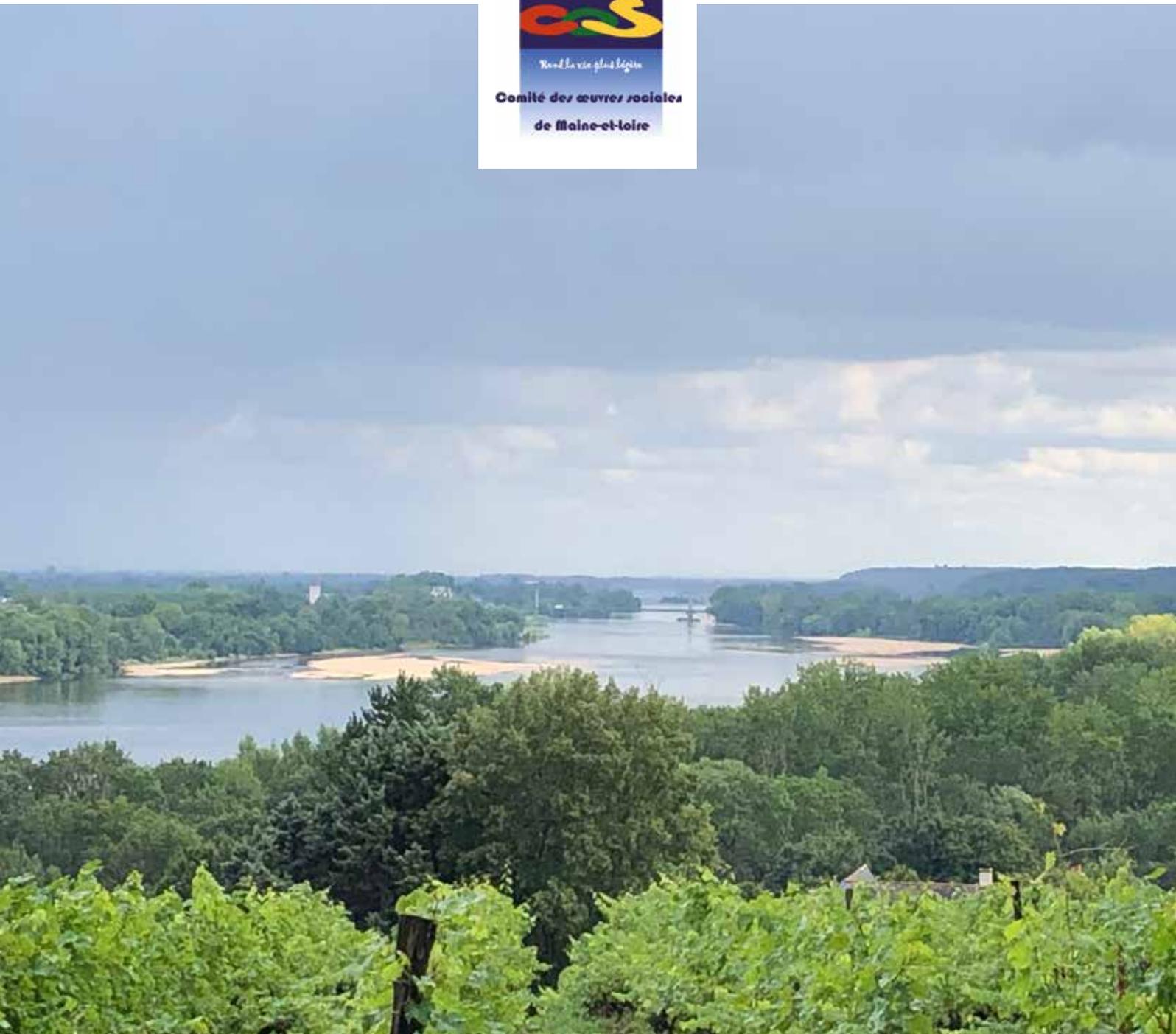


COS MAINE ET LOIRE

Mutuelle santé labellisée 2023



	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 urgent	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, osthéoopathe, 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

La réglementation impose la **différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires** des médecins. **OPTAM /OPTAM-CO** : votre médecin adhère à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé. Vous bénéficiez de la prise en charge indiquée dans le tableau de garantie ci-dessous. **Hors OPTAM /OPTAM-CO** : votre médecin n'adhère pas à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, la prise en charge des dépassements d'honoraires est minorée de 20 % BR et dans tous les cas à hauteur maximale de 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.

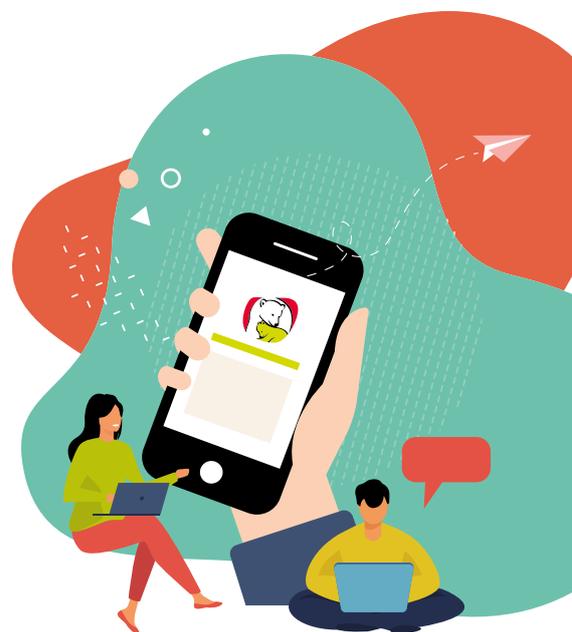
ENTRE NOUS, C'EST SIMPLE

Espace adhérent / Application mobile

Gagnez du temps, facilitez-vous la vie et connectez-vous à Préviclub !
Pilotez votre contrat santé en toute liberté 24h/24 et 7j/7 sur previfrance.fr et via l'application mobile Prévifrance.



Transférez vos factures et devis en 1 clic !
Prenez-les en photo et transférez-les sur votre espace adhérent ou directement via l'application mobile Prévifrance ⁽¹⁾.



VOS COTISATIONS MENSUELLES 2023

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

	INIT	MEDIUM	COSI
Jusqu'à 25 ans	31,92 €	45,30 €	50,63 €
26 - 30 ans	34,37 €	50,58 €	52,13 €
31 - 35 ans	37,13 €	55,49 €	64,49 €
36 - 40 ans	40,21 €	59,02 €	71,54 €
41 - 45 ans	43,59 €	63,21 €	72,23 €
46 - 50 ans	47,27 €	67,80 €	73,70 €
51 - 55 ans	52,18 €	72,71 €	75,14 €
56 - 60 ans	57,39 €	74,46 €	76,64 €
61 - 65 ans	62,93 €	80,10 €	95,32 €
66 - 70 ans	70,58 €	95,52 €	100,93 €
71 - 75 ans	78,88 €	104,31 €	102,81 €
76 - 80 ans	88,68 €	113,45 €	104,65 €
81 ans et plus	99,13 €	123,64 €	112,12 €
Tarif enfant (gratuit à partir du 3 ^e enfant inscrit)	22,09 €	29,52 €	30,67 €

Cotisations mensuelles en vigueur au 01/01/2023, 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 et des villages 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 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.

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.

(1) HOSPITALISATION

• 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.

• **Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.**

• **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.**

• La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation **uniquement dans les secteurs précisés dans le tableau de garanties** ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond et du nombre de jours indiqués.

• La chambre particulière n'est pas prise en charge dans les secteurs non mentionnés.

• Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnement 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.

• 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.

(2) OPTIQUE

• 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 à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -6,00 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 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.

• Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus. 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 €.

• 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.

• Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.

(3) DENTAIRE

• 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.

• 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.

(4) AIDES AUDITIVES

• 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. 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.

(5) LES PLUS

• 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.

• La prime de naissance est versée lors de l'inscription de l'enfant dans les 6 mois de sa naissance ou de l'adoption.

VOS AVANTAGES

• Gratuité de la cotisation à partir du troisième enfant, lorsque les deux aînés sont inscrits à la Mutuelle en tant qu'ayant droit du membre participant.

